

2022 年度忻州市卫生专业技术资格考试 和护士执业资格考试考生健康管理信息承诺书

姓 名		身份证号	
现居住地			
7 天内是否离开山西 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 （若选“是”则转至右侧）	目的地详细地址：		
	返程日期：		
	返程是否经过中高风险地区： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	返程交通方式： <input type="checkbox"/> 飞机（班次：_____） <input type="checkbox"/> 火车（班次：_____） <input type="checkbox"/> 汽车（发车时间：_____） <input type="checkbox"/> 自驾 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
本人 7 天内居住地是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
本人是否为仍在隔离治疗期的新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者，以及集中隔离期未了的密切接触者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
本人是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者密切接触史： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
本人 7 天内有无以下情况： <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流涕 <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 关节痛 <input type="checkbox"/> 气促 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 无上述症状			

以上信息有选择项目的，请在相应文字前的 内打“√”。

本人遵守忻州市疫情防控政策，承诺以上提供的资料真实准确，如有不实本人愿意承担由此引起的一切后果和法律责任。

承诺人（签字）：

日期： 年 月 日