附件

**参加采购活动现场人员**

**健康情况申报卡**

姓名： 性别： 年龄： 联系电话：

身份证或常住地址： （市、州） （县、区） 街道（乡镇） （具体门牌号）。

对下述内容如实申报，在相应栏划“√”

1.过去14天到现在，您是否有以下症状？

发热37.3度及以上（ ）咳嗽（ ）咽喉痛（ ）胸闷（ ）呼吸困难（ ）恶心呕吐（ ）腹泻（ ）其他症状（ ）如有，作具体症状说明：

无上述症状（ ）

2.是否是湖北返回人员？是（ ）否（ ）

3.过去14天内是否接触新冠肺炎确诊患者？是（ ）否（ ）

4.过去14天内是否到过湖北或其他有新冠肺炎病例持续传播地区的旅居史？是（ ）否（ ）

如选择是，注明停留地点停留时间：年 月 日至 年 月 日

5.过去14天内是否接触湖北等疫区人员？是（ ）否（ ）

如选是，注明最后接触时间： 年 月 日

我已认真阅读填写上述内容，并郑重承诺以上申报全面准确真实。

**承诺人签字：**

**年   月   日**

本单位（社区）对上述承诺内容复核属实后盖章，出现弄虚作假或申报不实等不良现象，自愿接受处理。

**单位（社区）名称（盖章）：**

**年   月   日**