

附件 2

考生防疫情况承诺书

填报日期： 年 月 日

考试时间		考试地点	成都市新都区妇幼保健院
姓 名		身份证号	
现详细居住地			
联系电话			

一、参加考试前 14 天内本人（在后边打勾）

1. 发热（体温超过 37.3℃）、咳嗽、乏力、嗅觉味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛、腹泻等症状：有无

2. 国内疫情中（高）风险地区、其他有病例报告地区（社区）旅居史：有无

3. 境外旅居史：有无

4. 接触新冠肺炎确诊病例、无症状感染者或密切接触者：有无

二、是否为仍处于康复或隔离期的病例、无症状感染者或密切接触者：

是否

三、是否仍处于四川疫情防控中的集中（居家）隔离或三天两检期：是否

四、是否有考试当日 24 小时内新冠肺炎病毒核酸检测阴性结果证明：

是否

有上述第一、二、三项情况的请简单描述：

本人承诺：以上内容属实，如有隐瞒、虚报、谎报的，本人承担一切法律责任和相应后果。

承诺人（签名）：