附件3

学员健康状况信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： |  |  |  |  | 性别：男女 |  | 出生年月： |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位名称： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 国籍： |  |  |  |  | 身份证号/护照号： |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 现居住（暂住）地址：1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户籍地址： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 电话（自己）： |  |  |  | 紧急联系人电话： |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 实测体温： | ℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 近 14 日内有无以下情况： |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 发热咳嗽流涕咽痛咳痰胸痛肌肉酸痛关节痛气促 |  |  |
| 腹泻无上述异常症状 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人抵达学校培训前 14 天： |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住/途径中高风险地区（日期： ），或赴中高风险地区旅游（日期： | ） |  |
| 近距离接触过来自国内中高风险地区或国外入境的发热伴有呼吸道症状患者（日期： | ） |  |  |
| 近距离接触过新型冠状病毒感染的肺炎疑似/确诊患者（日期： | ） |  |  |  |
| 居住/途径外地（日期： | ），或赴外地旅游（日期： | ） |  |
| 其他特别情况（日期： | ） |  |  |  |  |  |  |  |
| 无上述情形 | 无 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实本人愿承担由此引起的一切后果和法律责任。

签字 年 月