

# 中国科学院大学附属肿瘤医院（浙江省肿瘤医院） 应聘人员健康状况承诺书

姓名		身份证号	
联系地址		联系电话	
近 14 天本人身体状况	有无出现发热、干咳、乏力、咽痛、 腹泻等症状？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
	若有过上述症状，具体症状为：		
是否为既往感染者（确诊病例或无症状感染者）？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否为感染者的密切接触者？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
近 14 天流行病学史情况	是否有到过国内疫情中、高风险地区 或国（境）外旅居史等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	若有过上述流行病学史，具体情况为：		
近 7 日内有无做过核酸检测？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	近 14 天内有无做过肺部影像学检查？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
若做过核酸检测，结果如何？	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	若做过影像学检查，结果如何？	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常
本人承诺： (1) 本人已知悉公告中告知事项、证明义务和防疫要求，自愿承担因不实承诺需承担的相关责任并接受处理。 (2) 以上所填报内容真实，并对此负责。 (3) 在参加考试时愿意接受新冠肺炎防疫检查检测，以及采取的预防措施。			承诺人（签名）：          <div style="text-align: right;">年 月 日</div>