**2020年注册会计师考试考生健康情况承诺书（绍兴考区）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号码 |  | 手机 号码 |  |
| 来源地 | 省 市 区（县） |
| 是否新冠肺炎确诊病人、疑似病人、无症状感染者 | 是□ | 否□ |
| 近14天是否与新冠肺炎确诊病人、疑似病人、无症状感染者有密切接触 | 是□ | 否□ |
| 是否有发热、干咳、乏力、腹泻等相关症状 | 是□ | 否□ |
| 近14天是否去青岛 | 是□ | 否□ |
| 是否与青岛来绍未满14天的人员有密切接触 | 是□ | 否□ |
| 近28天是否去过国外或与国外来绍兴未超过28天人员入接触 | 是□:\_\_\_（国家） | 否□ |
| 当前的健康状态是否有异常 | 是□ | 否□ |
| 7天内是否做过血清抗体和核酸检测 | 是□:血清抗体\_\_\_性核酸\_\_\_性 | 否□ |
| 备注说明： |
| 本人对上述健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传染、扩散，本人愿承担由此带来的相关法律责任。申报人： 年 月 日 |
| **由现场工作人员填写** | 口罩 | 健康码是否为绿码 | 体温 | 是否同意进校 |
|  |  |  | 是□ 否□  |

备注：7天内做过血清抗体和核酸检测，请附上检测报告；此表主办单位存档。