附件2

**疫情防控承诺书**

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 联系电话 |  |
| 近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情高风险地区 | 有☑ 无☑ | | | |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | 有☑ 无☑ | | | |
| 目前健康状况（有则打√，可多选）  发热（ ）；咳嗽（ ）；咽痛（ ）；胸闷（ ）；  腹泻（ ）；头疼（ ）；呼吸困难（ ）；恶心呕吐（ ）；  无上述异常症状（ ） | | | | |
|
|
| 其他需要说明的情况 | |  | | |

本人承诺以上提供的资料真实准确。

承诺人签名（手写）：

填报日期： 年 月 日