

参 师健康承 书

参 人员如实填写以下内容：

姓名： 性别： 份 号：

人 式：

去 14 天内居家 地址：

(1) 人或共同居住人员 14 天内 否 为 冠 、 似患 、
密切 ： ☐ ☐否

(2) 14 天内 否 发 、持 干咳 ： ☐ ☐否

(3) 人或共同居住人员 14 天内 否与 冠 患 、 似
患 、 性 、密切 史： ☐ ☐否

(4) 人或共同居住人员 14 天内 否到 情中 地区：☐ ☐
否

(5) 人或共同居住人员 14 天内 否 境外 居史：☐ ☐否

(6) 居住小区或 区 21 天 或 似 例：☐ ☐

(7) 否 两 ： ☐ ☐否

承 人：（手写 字）

年