附件3

参会人员健康申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 居住地址 |  | | |
| **若有以下情况请勾选：**   1. 1.近14天内是否有以下地区：境外、湖北、舒兰市、哈尔滨市、绥芬河市、内蒙古自治区满洲里市、广州市、深圳市、揭阳市居住史、旅行史。□   2.近14天内是否与以上区域人员共同生活、学习、工作。 □  3.近14天内是否与以上区域人员乘坐同一交通工具并近距离接触。□  4.是否有发热、咳嗽、乏力等症状。 □  5.近14天内有无到医院就诊。 □  （症状或疾病： ）  6.其他情况可另写： | | | |
| **本人承诺以上所填写情况属实，如有不实之处，本人承担所有责任。**  填写人签名： 日期： | | | |

注: 本表作为申报使用，请如实填写。