**2021年住院医师/专科医师规范化培训学员报到**

**疫情防控承诺书**

学员姓名： 培训专业：

身份证号码： 工作单位：

目前居住地： 联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 健  康  申  明 | 1.近21天内，是否接触新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者？  □是 □否  2.近21天内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻、眼睛红肿等症状？  □是 □否  3.近21天内，是否从省外回鲁？  □是 □否  4.近21天内，本人或家庭成员是否有疫情重点地区（包括境外、国内中高风险地区等）旅行史和接触史？  □是 □否  5.近21天内，所在社区（村居）是否有确诊病例、疑似病例 ？  □是 □否  6.近21天内连续体温监测，是否出现37.3℃（含）以上？  □是 □否 |
| 学  员  承  诺 | 本人参加2021年住院医师/专科医师规范化培训，现郑重承诺：  上述情况说明我已知晓,我已切实认识到疫情防控风险,承诺按要求如实填报行程信息,并从现在开始减少外出和不必要的聚集、人员接触。如有违反上述承诺,本人自愿承担责任并接受相应处理。  签名：  2021年 月 日 |

注：根据《中华人民共和国传染病防治法》《治安管理处罚法》及其他相关法律规定,如果您隐瞒上述情况或者拒绝配合调查,您将不能参加本次培训,并将可能承担相应法律责任。