附件1

**健康承诺书**

**各位住培医师：**

你好！为贯彻落实各级疫情防控工作精神及要求，请你务必如实填写以下内容，若故意隐瞒相关情况，造成后果，你将要承担相应法律责任。谢谢你的理解和配合。

1. 你近14天内是否与新型冠状病毒肺炎确诊患者或疑似患者有接触？

是 □ 否 □

1. 你近14天内身边是否发生过聚集性发病（如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的病例）？

是 □ 否 □

1. 你近14天是否有无发热、干咳、乏力、咽痛、嗅 （味）觉减退、鼻塞、流涕、结膜炎、肌痛和腹泻等症状？

是 □ 否 □

1. 你28天内有无境外或近14天内有无高、中风险地区的旅行史、居住史、途经史、相关人员接触史？

是 □ 否 □

如有，是由 返陕或与 返陕人员接触

**郑重声明：本人对以上信息的真实性承担法律责任！**

**姓 名：** **性 别:**

**电 话:**  **身份证号:**

**填写日期：** 年 月 日