**个人健康登记承诺书**

姓名： 性别： 身份证号：

报考学科： 考场： 考号：

联系方式：

1.近 14 天是否到过湖北武汉或其他疫情较重地区:是□否□

2.近 14 天是否接触过来自湖北武汉或其他疫情较重地区的亲属、朋友:是□否□

如果是，请填写具体时间:

3.近 14 天是否接触过可疑病例及发热病人:是□否□

4.近 14 天是否有家人、朋友发热或患肺炎等疾病:是□否□

5.近 14 天本人是否有如下症状: 是□否□

发热□ 咳嗽□ 寒战□ 咳痰□ 鼻塞□ 流涕□ 咽痛□

头痛□ 乏力□ 肌肉酸痛□ 关节酸痛□ 气促呼吸困难□

胸闷□ 结膜充血□ 恶心□ 呕吐□ 腹泻□ 腹痛□

**本人郑重承诺:如实填写上述内容，自觉履行疫情防控的法律法规义务，承担相应的法律法规责任。**

考生(签字): 填写日期:

1.请在对应的□打“√＂。

2.本表由监考老师收集。