

附件 2

考生防疫情况承诺书

填报日期： 年 月 日

考试时间		地 点	成都市第三人民医院
姓 名		身份证号	
现详细居住地			
联系电话			
一、参加考试前 14 天内本人（在后边打勾） 1. 发热、咳嗽、乏力、嗅觉味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛、腹泻等症状：有☐无☐ 2. 国内疫情中高风险地区旅居史：有☐无☐ 3. 接触新冠肺炎确诊病例、无症状感染者或密切接触者：有☐无☐ 4. 是否有境外旅居史？有☐无☐ 5. 是否离川？有☐无☐ 二、是否为仍处于康复或隔离期的病例、无症状感染者或密切接触者？ 是☐否☐ 三、是否有考试当日 48 小时内新冠肺炎病毒核酸检测阴性结果证明？ 是☐否☐ 四、是否接种新冠肺炎疫苗？是☐否☐ 有上述第一、二项情况的请简单描述： 本人承诺：以上内容属实，如有隐瞒、虚报、谎报的，本人承担一切法律责任和相应后果。 承诺人（签名）：			