**江门市妇幼保健院来院进修学员健康申报及承诺书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  | 进修科室 |  |
| 近2个月内行程情况 | □有外出的行程，在江门市外返回江门 时间： 年 月 日，返程出发地点：\_\_\_\_\_\_\_返程交通工具（□飞机□火车□大巴□轮船□自驾）返程交通工具班次： ，座位号：* 无离开江门（含四市三区）外出的行程
 |
| 14天内其它行程情况 |  |
| 返回/前往江门市妇幼保健院前工作情况 | □未返回原单位工作□返回原单位的发热门诊□返回原单位的相关重点科室（急诊/呼吸科/重症医学科等）□返回原单位的其他科室□到湖北或武汉或其它单位抗疫一线支援工作 |
| 是否有流行病学史 | □ 14 天内有疫情高发国家或地区旅居史；□ 14 天内有湖北省或其他有病例报告社区的旅行史或居住史；□ 14 天内与新冠病毒感染者有接触史；□ 14 天内曾接触过来自湖北省或来自其他有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者；□ 聚集性发病（2 周内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2 例及上发热和/或呼吸道症状的病例）；□ 无以上情况 |
| 症状 | □无不适□发热□寒战□乏力□头痛□鼻塞□流涕□干咳□咳痰□气促□胸闷□呼吸困难□咽痛□呕吐□腹泻□结膜充血□肌肉/关节酸痛□其他 |
| 培训 | * 是 □否 在本单位完成“新型冠状病毒感染的肺炎防控知识培训”
 |
| **本人承诺上述填写内容真实可靠，如有不实愿意为此承担相应的法律后果。**签名： 2020年 月 日 |
| **派出单位意见：**该同志“返回/前往江门市妇幼保健院前工作情况” （是或否）属实。 （同意或不同意）该同志按江门市妇幼保健院的要求外出进修培训。不同意的具体原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。单位联系人： 电话： 电子邮箱： 盖章： 年 月 日 |