**健 康 证 明**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人基本信息** | **姓名** |  | **性别** |  | **电话号码** |  |
| **身份证号** |  | **工作单位** |  |
| **个人健康信息承诺** | **是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状** | **是□** | **否□** | **特殊情况说明（如存在左侧任意一种情况，请详细说明，确诊病例需提供治愈出院证明；如不存在填写“无”）** |
| **是否被诊断为新冠肺炎确诊或疑似病例** | **是□** | **否□** |
| **是否与新冠肺炎确诊或疑似病例有密切接触** | **是□** | **否□** |
| **是否被新冠肺炎防控留验站集中隔离观察** | **是□** | **否□** |
| **过去14天是否去过新冠肺炎疫情中、高风险地区** | **是□** | **否□** |
| **过去14天是否与来自疫情中、高风险地区人员有密切接触** | **是□** | **否□** |
|  **本人对健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传播、流行，本人愿承担由此带来的相关法律责任。****承诺人： 日期： 年 月 日** |
| **属在单位证明** | **此人 年 月 日至 年 月 日（为期14天）在我单位工作，期间严格接受管理，无发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状，未被诊断为新冠肺炎确诊或疑似病例，未与新冠肺炎确诊或疑似病例有密切接触。****本单位对此人提供信息的真实性负责。** **单位：（盖章） 负责人签字： 日期： 年 月 日** |