附件3

报考人员健康信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍 贯 |  | 户籍所在地 | |  | 民族 |  |
| 常住地 |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | | | | |
| 自查情况 | （据实填写，主要自查本人及家庭成员是否有新型冠状病毒肺炎感染的症状、是否有与感染新型冠状病毒肺炎人员的接触史、是否有传染性疾病）  承诺人：  年 月 日 | | | | | | |
| 所在单位及主管部门  意见 | 主要领导签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |