**研究生院2020级同等学力申硕人员健康申报表**

姓名： 性别： 身份证号：

住址： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村（小区）

手机号码： 单位名称：

**流行病学史：**交申报表前14天，您或者家庭生活人员是否有以下情况（打√表示）

1. 到过/经过新冠疫情高风险地区； 口是 口否

2. 接触过新型冠状病毒感染的肺炎疑似/确诊患者； 口是 口否

3. 接触新冠疫情高风险地区人员、入境人员； 口是 口否

4.接触过来自疫情严重地区的发热或有呼吸道症状患者； 口是 口否

5. 周围人群中2人或以上出现发热、干咳等症状； 口是 口否

6. 离开过浙江； 口是 口否

7. 出现发热、干咳等症状； 口是 口否

**以上如选择“是”，请具体说明：**

8. 境外情况统计只填数字

本人及家属前14天内回国人数（家属包含配偶、子女、夫妻双方父母） 人；

本人及家属仍在国外人数（家属包含配偶、子女、夫妻双方父母） 人；

本人及家属后14天内打算回国人数（家属包含配偶、子女、夫妻双方父母） 人。

**近14天本人健康监测情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 所在地或出行内容 | 体温正常与否 | 学习地健康码情况 | 咳嗽 | 其他不适（请说明） |
| 有 | 无 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实，愿承担由此引起的一切后果及法律责任。**

申报人签名： 日期： 年 月 日