**2021年山东省肿瘤医院住院医师规范化培训招生考核健康承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 |  | 工作单位  （社会化人员填写住址） |  |
| 健  康  申  明 | 1.考前14天内，是否接触新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者？  □是 □否  2.考前14天内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状？  □是 □否  3.考前14天内，是否从省外回鲁？  □是 □否  4.考前14天内，本人或家庭成员是否有疫情重点地区（包括境外、国内外高风险地区等）旅行史和接触史？  □是 □否  5.考前14天内，所在社区（村居）是否有确诊病例、疑似病例 ？  □是 □否  6.考前14天连续体温监测，是否出现37.3℃（含）以上？  □是 □否 | | |
| 考  生  承  诺 | 本人参加2021年山东省肿瘤医院住院医师规范化培训招生考核，现郑重承诺：  本人如实逐项填报健康申明，如因隐瞒或虚假填报引起不良后果，本人愿承担相应的法律责任。  考生签名：  日 期：2021年 月 日 | | |

注：“健康申明”中1-6项为“是”的人员，须提供考前7日内有效核酸检测结果（山东省省内医疗机构检测）。