附件：

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 户籍所在地 |  | 毕业  时间 |  |
| 学历 |  | 毕业  院校 |  | 专业 |  |
| 政治面貌 | |  | | 专业  职称 |  |  |
| 身份证号 | |  | | 联系  电话 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 家庭成员 | |  | | | | |
| 学习经历  （从高中开始） | |  | | | | |
| 工作经历 | |  | | | | |
| 奖惩情况 | |  | | | | |
| 自我评价 | |  | | | | |

以上填写的个人信息必须真实、完整，如有弄虚作假、隐瞒真实情况的，将承担被取消聘用资格、接受通报等后果。

健康承诺书

本人（姓名： ，身份证号码： ，联系电话： ）**我承诺：**本人填报的《健康登记表》信息真实、准确，无国内疫情中高风险地区或国（境）外旅行、居住史，未与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者及中高风险区域人员有接触史。如有隐瞒疫病史、接触史、逃避隔离医学观察等行为，或不配合工作人员进行防疫检测、询问、排查、隔离、送诊等造成严重后果的，取消其相应资格，并愿意承担相应法律责任。

**考生签字： 日期：2022年 月 日**

**健康登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日 期** | **当日症状** | | **近14天内情况** | | | |
| **发热** | **咳嗽** | **境外及中高风险地区旅居经历** | **与感染者**  **密切接触** | **与中高风险地区人员密切接触** | **与境外人员接触** |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

出现表内情形的划√，没有的划×。