**附件7：**

**个人身体健康状况信息承诺书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 户籍所在地 |  |
| 现住址 |  | 手机号 |  |
| 身份证号 |  |
|  是否为中、高风险地区来保人员 |  |
| 应聘人员抵（在）保时间 | 疫情期间未离保（ ） | 抵保时间： 年 月 日 |
| 笔试前14天有无发热、咳嗽、呼吸不畅等症状 |  | 是否为无症状感染者 |  |
| 家属和密切接触人员是否有感染新冠肺炎和其他情况的 |  | 近1月内是否有境外旅居史 |  |
| **以上所有内容务必如实填写完整。** |
| 日 期 | 体 温 | 日 期 | 体 温 |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 其他需要说明情况： |

**本人承诺：根据疫情要求，如实填写各项信息，如实测量、记录每日体温，保证以上信息真实、准确、有效，如有隐瞒，愿承担相应法律后果。**

 承诺人（签字）：

 日 期： 年 月 日