**个人健康承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 展会名称 | 中华医学会第十五次全国生殖医学学术会议 | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | |
| 工作单位及职务 |  | | | | | |
| 现详细居住地 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 身份 | 参会代表 | | | | | |
| **一、参会前7天内本人有/无（是/否）**：（在后面打勾）  1.疫情中高风险区或有病例报告社区的旅行史或居住史：有( )、无（）  2.疫情中高风险地区所在地级市（直辖市、副省级城市的区县，下同）或境内新发病例所在地级市旅行史、接触史，未排除感染风险：是( )、否（）  3.与新型冠状病毒感染者（确诊病例或无症状感染者）、疑似病例接触史：有( )、无（）  4.接触过有流行病学史的发热或呼吸道症状的患者：有( )、无（）  5.有聚集性发病（在小范围如家庭、办公室等场所，出现2例及以上发热或呼吸道症状的病例）的情况：有( )、无（）  6.尚在随访或医学观察期内确诊病例、无症状感染者、密切接触者、次密接者、一般接触者等：是（）、否（）  7.共同居住者为进口货物或入境口岸相关从业人员、集中隔离点工作人员等风险职业人群：有（）、无（）  **二、近10日内有无境外旅居史？**有（）、无（）  **三、自接到参会通知到参加现场前本人健康监测情况：**  是否出现发热（体温≥37.3℃）、干咳、乏力、嗅觉、味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状：是（）、否（）  **四、是否全程接种新冠肺炎疫苗？**是（）、否（） | | | | | | 有此情况请简单描述： |
| 其他需申报的情况： | | | | | | |
| 本人承诺：  以上内容属实如隐瞒、虚报、谎报、本人承担一切法律责任和相应后果。  承诺人（签名）： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | |