附件4

太和县中医院第三批医疗设备报废处置

人员健康申明承诺书

姓 名： 性别： 联系方式：

身份证号：

工作单位：

本人考前14日内住址（请详细填写，具体到街道/社区及门牌号或宾馆地址，有多个住址请逐一填写）：

本人承诺近1个月内无境外旅行经历，无接触确诊患者经历，考前14天无高、中风险地区旅居史，无发热、咳嗽等呼吸道症状。

如违反承诺，造成相应后果，本人将承担相应的法律责任，并按国家有关规定接受处罚。

本人签名： 填写日期：2021年 月 日