附件5：

 健康追踪登记卡

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 应聘岗位 |  | 身份证号 |  |
| 现住址 |  | 手机 |  |
| 近一月内行踪（何时去何地） |  |
| 近14天身体状况（体温、症状等情况） | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 | 日期 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  本人承诺，以上情况属实，若有隐瞒，愿承担相应的法律和经济责任。 承诺人签名：2020年 月 日 |