附件2

黔南州人民医院2022年住院医师规范化培训

招录考生体温测量证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | 工作单位 |  |
| 考前14日有否离黔（出省），如有，何 时 从 何 地 返 黔（ 请 注 明 具 体 时间、地点或车次/ 航班） |  | 考前14日有否高风险地区接触史（如有，请注明具体时间、地点或车次/航班） |  | 考前14日有否发热、咳嗽、呼吸不畅等症状 |  |
| 日期 | 体温 | 日期 | 体温 | 日期 | 体温 |
| 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 |  | 月 日 |  |

本人承诺，我将严格遵守疫情防控的各项要求，承担考试期间疫情防控责任。根据防疫要求，并每日测量体温如实记录，连续测量体温正常，保证以上信息真实、准确、有效。

承诺人（考生本人）： 日 期：2022年 月 日