附件2

**参会人员健康联系卡**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参会人员姓名 |  | 联系方式 |  |
| 工作单位 |  | 健康状况 |  |
| 紧急联系人 |  | 紧急联系人联系方式 |  |
| 本人及共同生活人是否有与新冠肺炎患者接触情况 | □有 □无 | 如果有，是否向有关部门报备 | □是 □否 |
| 本人及共同生活人近期是否与国外或高、中风险地区返回人员接触 | □有 □无 | 如果有，是否向有关部门报备 | □是 □否 |
| 本人承诺 |  本人承诺以上情况填写属实。 本人签名： 2021年 月 日 |