

附件 1:

个人健康信息承诺书

姓名: _____; 身份证号码: _____;

天数	日期	A、本人、家人及共同居住人员是否存在发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等病状	B、是否有国内疫情中、高风险地区或国（境）外旅居史	C、是否密切接触人员
第 1 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 2 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 3 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 4 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 5 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 6 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 7 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 8 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 9 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 10 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 11 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 12 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 13 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
第 14 天	月 日	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
从外地到考试城市的日期、出发地、途径地、交通方式（车次）、居住宾馆，请在右侧栏详细描述。（无此类情况请填“无”）				
考生承诺	本人承诺：以上所填内容真实、准确、完整，如隐瞒、漏报情况造成危及公共安全后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《治安管理处罚法》、《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。			

请在相应考试环节内打“√” 笔试 面试 体检

注：日期填写从笔试时间往前推 14 天开始填写。

打印后，本人签字。

签字: _____

附件 2:

考试报名表

姓名		性别		近期免冠 1 寸蓝底证件照片		
身份证号码						
政治面貌		民族				
毕业院校		毕业时间				
专业		是否普通全日制				
职业资格证书						
户口所在地						
家庭住址						
联系电话			个人邮箱			
教育经历 (从高中阶段起)	自何年何月	至何年何月	在何地何单位学习或工作			
工作经历	自何年何月	至何年何月	在何地何单位学习或工作			
受过何种奖励或处分						
家庭主要成员	关系	姓名	政治面貌	工作单位	联系电话	