

## 武汉大学人民医院（湖北省人民医院）

# 健康声明及安全报到承诺书

姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_ 有效联系方式：\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_

本人报到前 14 日内主要住址（请详细填写省市区街道/社区门牌号或宾馆名称及房间号）：\_\_\_\_\_

本人承诺在本人及共同居住家庭成员在报到前 14 日内：

1. 未出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状；
2. 不属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者；
3. 未居住或未途经省外中、高风险地区等隔离管控区域；
4. 未从境外/港澳台入鄂
5. 未与新冠肺炎确诊病例、疑似病例或已发现无症状感染者有接触史
6. 未与从国（境）外入鄂人员有接触史
7. 未出现健康码或行程卡为黄色/红色

报到前 14 天内建议减少不必要出行，不聚餐聚会、做好个人防护。

**本人承诺：**

1. 我如实逐项填报健康申明及安全承诺书，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人自愿取消本次住院医师规范化培训资格，并承担由此引起的相关法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《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。

2. 我清楚知晓并确认自己的身体条件能够保障正常完成临床培训工作。如有可能导致无法正常完成临床培训工作的重大疾病或健康问题，必须及时告知培训基地。

3. 我会树牢疫情防控意识，认真做好个人防护和严格遵守疫情防控规定。严格按医院疫情防控管理规定，按所在工作区域的频次要求完成定期核酸检测，做到“应检尽检”，不擅自离汉和不前往中、高风险地区，如需离汉，将严格履行请假申请。

本人签名：

时间： 年 月 日