附件2

报名回执表

单位名称（盖章）： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 是否住宿 | □是（□单人间 □双人间） □否 | | |
| 工作单位 |  | 职务/职称 |  | | |
| 手 机 |  | E-mail |  | | |
| 备 注 |  | | | | |

（注：逸安酒店提供的标间、单间价格均为330元/间。）

附件3

疫情防控登记承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  |
| 1 | **本人是否被诊断肺炎确诊病例或疑似病例?** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 2 | **本人是否与肺炎确诊病例或疑似病例密切接触?** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 3 | **本人过去14天是否与来自疫情中高危风险地区人员有密切接触?** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 4 | **本人过去14天是否去过疫情中高危风险地区?** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 5 | **本人是否被集中隔离观察或留观后已解除医学观察?** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 6 | **14天内是否有境外旅居史、与境外回国人员直接或间接接触史？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 7 | **截至报到当天是否有共同生活亲属（含子女）从境外回国后未满集中隔离14天且居家隔离14天情况？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 8 | **14天内本人是否有发热、咳嗽、咽痛、乏力、肌肉酸痛、胸闷、呼吸困难、腹泻等症状？** | | |
| □是 □否  如有请说明： | | |
| 本人  签字 | **我承诺，上述信息如实填写，没有瞒报漏报。**  签 名：  年 月 日 | | |