迪庆州会计考试考生健康承诺书

考点：迪庆州民族中等专业学校

考场：第 考场

座位号： （考试入座后填写）

本人于2021年9月 日参加 考试，已知晓考试疫情防控的有关规定并符合相关要求，现做出以下承诺：

（一）本人充分理解并遵守考试期间各项防疫安全要求，云南健康码显示为绿码，通信大数据行程卡为绿卡，且体温正常（＜37.3℃）。

（二）本人首场考试前48小时内的核酸检测为阴性。

（三）本人在考前21天内，无境外、国内中高风险地区旅居史。

（四）本人在考前14天无发热和呼吸道门诊就诊史，无新冠病毒肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者密切接触史。

（五）本人已接种新冠病毒疫苗 0/1/2/3 剂（请根据个人实际情况打√）；未接种新冠疫苗原因： （ ） （请根据医学界定不适应施打疫苗人群类别填写序号）。

（六）本人在参加考试期间，自觉遵守疫情防控有关要求，除考务人员核验本人身份外，全程佩戴好口罩。

（七）参加考试期间，本人自愿服从管理，自觉接受疫情防控调查，考试期间按要求进行体温监测，如有异常立即报告考场工作人员，服从统一安排，接受处理结果。

（八）本人承诺所填报和提供的个人相关信息真实、准确、全面，无隐瞒行程、隐瞒病情、故意压制症状、瞒报漏报健康情况，如有违反，本人自愿承担一切法律责任和相应后果。

承诺人： 联系电话：

承诺人身份证号： 准考证号：

 2021年 月 日

**医学界定不适应施打疫苗人群：**

1.对疫苗中任何成分过敏者，既往发生过疫苗严重过敏反应(如过敏性休克、急性过敏反应、荨麻疹、皮肤湿疹、呼吸困难、血管神经性水肿或腹痛)者;

　　2.患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发病期和发热者;

　　3.妊娠期妇女和哺乳期妇女，接种3个月内有生育计划;

　　4.有惊厥、癫痫、脑病或精神疾病史或家族史;患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者，有格林巴利综合症病史者;

　　5.已被诊断为患有先天性或获得性免疫缺陷、HIV感染、淋巴癌、白血病或其他自身免疫疾病;

　　6.已知或怀疑患有严重呼吸系统疾病、严重心血管疾病、肝肾疾病、恶性肿瘤者;

　　7.使用抗肿瘤药物等免疫调节剂者;

　　8.新冠病毒感染史者;

　　9.临床医师或接种工作人员认为不适合接种者。