集体健康承诺书

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | 参观人数 | |  |
| 单位地址 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | |
| 有无以下情况: （在相应文字画圈）  ①14天内是否有发热、咳嗽、乏力、呕吐、腹泻等症状?有无  ②21天内是否有国内疫情中高风险地区旅居史?有无  ③21天内是否有国(境)外旅居史?有无  ④21天内是否与其他去过中高风险地区正在居家医学观察期的人员共同居住?有无  ⑤是否被判为新冠肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者的密切接触者?是否  ⑥是否接种新冠病毒疫苗?  A完成接种（人数： ）；  B仅接种第一针（人数： ）；  C未接种（人数： ） | | | | | 有此情况请  简单描述: |
| 需要申报的其他情况: | | | | | |
| 单位承诺：  以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报，本单位愿意承担相关法律责任和后果。  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：请于参观日携带交至入口登记人员处