附件1

常德职业技术学院2020年国庆假期教职工健康卡

所属部门（单位）

|  |
| --- |
| 本人基本信息 |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 现家庭住址 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭基本信息 |
| 姓名 | 与本人关系 | 联系电话 | 现住址 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **旅行情况（时间、地点、途径地、航班/车次/自驾等）** |
|  |
| **接触疫情防控重点地区高危人员情况** |
|  |
| 近14天健康状况滚动填报（体温填写准确的摄氏温度，其它填“有“或者“无） |
| 序号 | 日期 | 体温 | 发热 | 呼吸困难 | 胸闷 | 干咳 | 咽痛 | 腹泻 | 乏力 |
| 1 | 10.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 10.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 10.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 10.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 10.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 10.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 10.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 承诺、审核 |
| 本人承诺如下：以上内容真实有效，如有不实，愿承担相应的法律责任。本人签名： 2020年 月 日 |
| 部门（单位）主要负责人审核签名（并盖公章）： 2020年 月 日  |

注：本表一式二份，所属部门（单位）一份，本人一份。

附件2

常德职业技术学院2020年国庆假期学生健康卡

系 班级 辅导员（班主任） 联系电话

|  |
| --- |
| 本人基本信息 |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 现家庭住址 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭基本信息（父母或者监护人） |
| 姓名 | 与本人关系 | 联系电话 | 现住址 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 旅行情况（时间、地点、途径地、航班/车次/自驾等） |
|  |
| 接触疫情防控重点地区高危人员情况 |
|  |
| 近14天健康状况滚动填报（体温填写准确的摄氏温度，其它填“有“或者“无） |
| 序号 | 日期 | 体温 | 发热 | 呼吸困难 | 胸闷 | 干咳 | 咽痛 | 腹泻 | 乏力 |
| 1 | 10.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 10.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 10.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 10.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 10.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 10.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 10.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 承诺、审核、审批 |
| 本人承诺如下：以上内容真实有效，如有不实，愿承担相应的法律责任。本人签名： 2020年 月 日 |
| 班主任（辅导员）审核签名： 2020年 月 日 |
| 系（部）负责人审核签名（并盖公章）： 2020年 月 日 |

注：本表一式两份，学生本人留一份，系（部）一份存档备查。