

附件：

**2020 年云南省医师资格实践技能考试
考生健康申明承诺书**

姓名		性别		身份证号	
住址				联系方式	
流 行 病 学 史	本人考前 14 天内是否在国内疫情中高风险地区或国（境）外旅居。			是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	本人考前 14 天内是否密切接触新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者。			是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	本人是否有发热或咳嗽等呼吸道症状。			是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
考 生 承 诺	<p>本人郑重承诺：填报、提交和现场出示的所有信息（证明）均真实、准确、完整、有效。如违反承诺，造成相应后果，本人将承担相应的法律责任，并按国家有关规定接受处罚。在考试期间严格遵守考试纪律，服从现场工作人员管理及疫情防控工作安排。</p> <p>考生签名：</p> <p style="text-align: right;">2020 年 月 日</p>				