浙江省武术协会

参训人员健康申报表

培训班名称：浙江省传统武术教练员培训班

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  | |
| 14日内本人及共同生活的家人有无发烧、咳嗽等疑似症状 | | | | □有 □无 |
| 14日内本人及共同生活的家人是否有与确诊、疑似、无症状感染者或医学观察人员接触 | | | | □有 □无 |
| 14日内有无疫情高、中风险地区人员接触史或该地区驻留史 | | | | □有 □无 |
| 14日内有无离开浙江工作或旅行史 | | | | □有 □无 |
| 14日内有无境外返回人员接触史 | | | | □有 □无 |

**请保证所填内容正确属实，携此表报到。**

**本人签名：**