附件3

**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□ | 否□ |
| 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□ | 否□ |
| 本人是否有发热或咳嗽等呼吸道症状。 | | | | 是□ | 否□ |
| 考  生  承  诺 | 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。      考生签名：                                    2020 年   月   日 | | | | | |