附件

疫情防控期间体检联系单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 现住址 |  | | |
| 用人单位 |  | | |
| 体检类别 | 从业人员健康体检 | | |
| **相关证明**  1.从（经）湖北等疫情严重地区来（返）宁、14日内接触过确诊或疑似病例的人员，已向社区报备或在“宁归来”平台上登记，已由企业负责督促员工落实14天医学观察，隔离观察后健康状况无异常，可返岗；  2.从湖北等疫情严重地区以外地区来（返）宁、14日内没有接触过确诊或疑似病例的人员，已向社区报备或在“宁归来”平台上登记，居家观察7天以上，可返岗；  3.未曾外出的留宁人员没有发热、咳嗽、乏力等症状，且前14天内未曾接触过确诊或疑似病例的人员，可返岗。  特此证明。    企业名称（盖章）：  日期（必填）： 年 月 日 | | | |