附件2

**参训学员健康管理表**

班次名称：科研骨干人员专业化能力提升培训班

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位及职务 |  | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 本人是否有新冠  病毒感染经历 | 是（ ） 否（ ） | | |
| 本人报到前是否正处于核酸或抗原阳性阶段 | 是（ ） 否（ ） | | |
| 本人有无严重基础、慢性疾病史 | 有（ ） 没有（ ） | | |
| 填报人（学员）签名： 填报日期： | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人参训期间如遇健康方面问题的协商、处理情况记录 | 填报人（学员）签名： 填报日期：  填报人（班主任）签名： 填报日期： |