附件2

**参训学员（参会人员）健康管理表**

**班次（会议）名称：2024年涉农科研经费管理培训班**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 本人报到时是否出现发热、干咳、乏力、咽痛等相关症状 | 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：2024年 月 日 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人参训期间如遇健康方面问题的协商、处理情况记录 | (如无此类情况则无需填写)  填报人(学员) 签名： 填报日期：  填报人（班主任）签名： 填报日期： |