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 |  |
| 本人报到前是否出现发热、干咳、乏力、咽痛等症状 | 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： |