**附件2**

**参训学员健康管理表**

班次名称：农业科研单位党务工作者培训班

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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身体不适 | 是 ( ) 否 ( ) | | |
| 本人有无较严重或  严重基础、慢性疾  病史 | 有 ( ) 没 有 ( ) | | |
| 填报人(学员)签名： 填报日期：2025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： | | |