附件1：

健康监测卡

姓 名： 　 身份证号：

报考岗位：　　　　　 联系电话:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日 期 | | 体 温 | 症 状 |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 8月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |

**注：**“症状”填写情况：包括干咳、咽痛、鼻塞流涕、嗅（味）觉减退、乏力、肌痛、腹泻。