**附件2**

**参 训 人 员 名 单**

**填报单位： 带队负责人 : 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **民族** | **单位职务** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **备注** | **1.《参训人员名单》《学员登记表》及《学员健康登记表和健康承诺书》可在四川省民族宗教委官网（mzw.sc.gov.cn）公告栏下载；**  **2. 各市（州）汇总本市（州）参训人员后统一报送至电子邮箱：1369688650@qq.com。** | | | | |

**填报人： 联系电话：**

**附件3**

**全省民族乡治理能力提升示范培训班**

**参训学员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生日期** |  | **照 片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **入党时间** |  |
| **工作时间** |  | **政治面貌** |  | **健康状况** |  |
| **单位职务**  **及分管工作** |  | | | **任现职时间** |  |
| **学历学位** | **全日制教育** |  | | **毕业院校及专业** |  | |
| **在职教育** |  | | **毕业院校及专业** |  | |
| **身份证号码** | |  | | **手机号码** |  | |
| **个**  **人**  **简**  **历** |  | | | | | |
| **参加此次培训希望解决的主要问题** |  | | | | | |
| **饮食等需要特别说明的问题** |  | | | | | |
| **学员所在单位意见** | **单位公章**  **年 月 日** | | | | | |

**填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日**

**附件4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学员健康登记表和健康承诺书** | | | | | | | | |
| **姓 名** | | |  | | **性 别** |  | **年 龄** |  |
| **单位职务** | | |  | | | | | |
| **参训班次名称** | | |  | | | | | |
| **新冠肺炎疫情有关情况** | **1.参训前10天内有境内中高风险地区或陆路边境口岸所在县（市、区、旗）、港台地区、国外旅居史或接触史的，或被判定为新冠病毒感染者（确诊病例或无症状感染者）、疑似病例的密切接触者或次密切接触者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **2.参训前10天内有境内中高风险地区所在地级市或境内新发本土病例所在地级市旅居史或接触史的，未排除感染风险者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **3.已治愈出院的确诊病例或已解除集中隔离医学观察的无症状感染者，尚在随访或医学观察期内。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **4.有聚集性发病（参训前10天内在小范围内如家庭、办公室等场所，出现2例及以上发热或呼吸道症状的病例）的情况，未排除感染风险者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **5.共同居住者为进口货物或入境口岸相关从业人员、集中隔离点工作人员，未排除感染风险者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **6.有发热（体温≥37.3℃）、寒战、咳嗽、咳痰、咽痛、打喷嚏、流涕、鼻塞、头痛、乏力、肌肉酸痛、关节酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、嗅觉或味觉减退、皮疹、黄疸等症状，未排除传染病者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **7.参训前10天内接到有关部门关于疫情防控风险提示电话要求隔离医学观察、健康监测或健康码、行程码有异常者。** | | | | | | | **□有/是**  **□无/否** |
| **既往病史（根据过去病历、近两年体检资料填写，患有心脏病、脑血管病、高血压、糖尿病、慢性肝炎等既往病史，请详细填写病情摘要。）** | | | |  | | | | |
| **□已接种加强针 □未接种加强针 □已接种全部剂次（三针）**  **□已接种全部剂次（两针）不足六个月 □已接种全部剂次（一针）不足六个月**  **□未完成全部剂次接种 □未接种** | | | | | | | | |
| **备 注** | |  | | | | | | |

**说明：1.请按要求在相应栏内打“√”；**

**2.参训人员如有医学接种禁忌的，请在“备注”栏注明。**

**本人承诺：以上提供的资料真实准确。如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。**

**填报人签名： 填报日期：**