

彰化縣109學年度國民中小學學生獨立研究作品徵選複審

因應新型冠狀病毒(武漢肺炎)作者/陪同者健康聲明書

健 康 說 明(作者)			
姓名	學校	班級	作品編號：
聯絡電話 手機 _____ 市話 _____			
請問您過去 14 天是否有下列情形：(如有發燒者，請檢附醫療證明書，否則不得進入考場)			
1. 有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀(已服藥者亦需填寫「是」)？			
<input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 否			
2. 去過哪些地區？			
<input type="checkbox"/> 中國大陸：省份 _____ <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 澳門 <input type="checkbox"/> 其他國家： _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
3. 曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
4. 是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(武漢肺炎)個案？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
本人(法定代理人)同意上述說明資料屬實			
(簽名) 填寫日期：中華民國109年11月 日			

健 康 說 明 (陪 同 者)		(無則免填)
姓名	陪同之作者姓名/作品編號	
聯絡電話 手機 _____ 市話 _____		
請問您過去 14 天是否有下列情形：(如有發燒者，請檢附醫療證明書，否則不得進入考場)		
1. 有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀(已服藥者亦需填寫「是」)？		
<input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 否		
2. 去過哪些地區？		
<input type="checkbox"/> 中國大陸：省份 _____ <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 澳門 <input type="checkbox"/> 其他國家： _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無		
3. 曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士？		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
4. 是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(武漢肺炎)個案？		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
本人(法定代理人)同意上述說明資料屬實		
(簽名) 填寫日期：中華民國109年11月 日		