附件4

2021年下半年参加CET和高等学校英语应用能力考试工作人员健康监测表

  **考试次别： 考点名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 工作单位 | 　 |
| 日期 | 体温 | 其他症状 | 本人签名 |
| 早上 | 晚上 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 月　日 |  |  |  |  |

备注：

1.所有考试工作人员应按每日早晚自测体温，并填写日期。

2.其他症状包括咳嗽、干咳、乏力、腹泻、发热；当天无其他症状应填写无，不得留空。

3.每日填写后，本人签字确认。