附件2：

在德中资企业人员隔离管理承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回国人员姓名 | |  | 企业名称 |  |
| 航班信息 | |  | 护照号 |  |
| 隔离方式 | |  | 隔离地点 |  |
| 隔离监督人 | |  | 手机号 |  |
| 隔离日志 | | | | |
| 日期 | □额头□腋下体温 | 是否与外界有接触 | 是否有发烧、乏力、呼吸道不适等疑似症状 | 是否服用退烧药、感冒药等药物 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本公司承诺上述人员未隐瞒既往病史、密切接触史，提交的检测报告等材料真实有效，无私自修改、冒名替检等非法之举，并已严格落实回国前21天闭环管理。上述人员在隔离期间未曾与他人接触，隔离期间未出现发烧、咳嗽、腹泻等疑似症状。如上述人员存在伪造报告、隐瞒既往病史或密接史及其他违反我国防疫规定的情况，本公司愿承担相关法律责任。

负责人签字： 企业公章：