附件2

**2021年全国盲人医疗按摩人员考试**

**考生身体状况监测登记表（存档）**

考试辖区（考点）：内蒙古考区 统计人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名  （考生和工作人员） | | |  | 联系电话 |  | 考生准考证号 |  |
| 健康状况登记 | 月 | 日 | 当日体温 | 家庭健康状况 | 当日所在地 | 出行记录 | |
| 入住酒店 | 时间及车次 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：按照疫情防控要求，请考生如实填报写本人进入考点前14天内每日体温监测情况、本人及家人身体健康状况及测温当日考生所在地。考试结束后，此表在本考试辖区存档备查。