**附件2**

医院负压设施运维管理培训班（感控专场）

**报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 职 务 |  | 电 话 |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 参会人姓名 | 性 别 | 职务/职称 | 手 机 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 总费用 | 万 仟 佰 拾 元 （￥ 元） |
| 是否住宿 | **□是 □单间 □双人间 □合住 □否，房间数量： 间**说明：交通及住宿费请回单位报销或自理（会务组推荐入住酒店，参会者自行订房，回执表请备注住宿需求方便会务组统计。 |
| **培训班费用转账账号**开户名：广西中晟科技有限公司开户行：中国建设银行股份有限公司南宁茶花园路支行账 号：45050160478200000760**转账时请备注“感控专场”。** | **发票开票信息****（需要发票时填写，发票内容为会务费）**单位名称：税务识别号：地址、电话：开户行及账号： |
| **备注**1.参会费用于报名后三个工作日付清。 2.学员准备个人免冠二寸照片三张（实物或电子版照片均可）。  |
| **会务组联系人及联系方式**兰 丽 19148613087（微信同号），赵海涛 13878189610（微信同号）报名邮箱：JHZYWYH@163.com |

**说明：发送邮件时，邮件标题请备注“单位名称+感控专场培训”。**

**附件3**

医院负压设施运维管理培训班（感控专场）

**健康承诺书**

姓名： 性别： 　　 联系电话:

工作单位：

 本人已了解培训的新冠肺炎疫情防控要求，现承诺以下事项：

一、本人参加培训前14日内未接触过新冠肺炎确诊病例/疑似病例/已知无症状感染者及其密切接触者。

二、本人参加培训前14日内无发热、乏力、干咳、气促等症状。

三、本人参加培训前28日内未到过境外、21日内未到过国内新冠疫情中高风险地区及国内新冠疫情中高风险地区所在城区。

四、本人是（）／否（）接种疫苗，已接种第　　剂次。

五、本人在培训期间自觉遵守中华人民共和国和广西有关法律及传染病防控各项规定，自行做好防护工作，充分理解并遵守培训期间各项疫情防控安全要求，自觉配合体温测量、查验“三码”等工作。参加培训期间如出现发热（≥37.3℃）、咳嗽、乏力等身体不适情况，将自觉接受流行病学调查，并主动配合落实相关疫情防控措施。

六、本人保证以上声明信息真实、准确、完整，如有承诺不实、隐瞒病史和接触史、故意压制症状、瞒报漏报健康情况、逃避防疫措施的，愿承担相应法律责任。

备注：本回执扫描有效，请填写后发PDF版或照片至会务组报名邮箱。

 本人签名：

 承诺日期：2021年 月 日