**附件1：**

**全媒体通信技术在数字安防系统中的创新应用高级研修班报名表**

**单位：（加盖公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 民 族 | |  |
| 职 务 |  | 职 称 | |  | | 学 历 | |  |
| 单 位 |  | | | | | | | |
| 是否符合通知中疫情防控要求 | | | □ 是 □ 否 | | | | | |
| 固 定  电 话 |  | | | | | 邮 编 | |  |
| 传 真 |  | | | | | 手 机 | |  |
| 邮 箱 |  | | | | | | | |
| 身份证  号码 |  | | | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | | | |
| 安排住宿 | □ 是 □ 否 | | | | 备注 | |  | |

附件2：

**全媒体通信技术在数字安防系统中的创新应用高级研修班健康申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 所在单位 |  | |
| 健康码 | □ 绿 □ 黄 □ 红 | | 联系电话 |  | |
| 近两周本人身体健康状况 | | 有无出现过发热、干咳、乏力、咽痛、腹泻等症状 | | | □ 有 □ 无 |
| 有过上述症状，具体症状为： | | |  |
| 是否是既往感染者（确诊病例或无症状感染者） | | | | | □ 是 □ 否 |
| 是否是感染者的密切接触者 | | | | | □ 是 □ 否 |
| 近2周是否有流行病学史（到过高风险地区或近距离接触过来自高风险地区人群） | | | | | □ 是 □ 否 |
| 是否为须做核酸检测者 | | □是□否 | 2次核酸检测结果 | | □阴性 □ 阳性  □阴性 □ 阳性 |
| 是否为须做肺部影像学检查者 | | □是□否 | 肺部影像学检查结果 | | □ 正常 □ 异常 |
| 安全承诺  本人主动申请参加培训，已知晓培训学员须符合疫情防控规定的健康标准。愿作出以下承诺：  本人在授课前14天内健康码为绿码且体温正常、无相关症状（干咳、乏力、咽痛、腹泻等）；不是既往感染者（确诊病例或无症状感染者）、感染者的密切接触者；近2周无流行病学史（到过中、高风险地区或近距离接触过来自中、高风险地区人群）。  若有隐瞒行程、隐瞒病情、故意压制症状、瞒报漏报健康情况，愿意接受追究相应责任的处理。  本人签名： 2021年 月 日 | | | | | |

附件3：

全媒体通信技术在数字安防系统中的创新应用高级研修班交通图示

