自主健康聲明書

姓名		身分證號碼 或居留證號碼	
性別	□男　　□女	電話	

一、自身症狀:有無發燒或咳嗽、流鼻水等呼吸道症狀(包含已服藥控制者)	□是	□否
二、旅遊史：最近三週內入境者	□是	□否
三、接觸史：最近三週內有無接觸確診個案、居家隔離者(接觸確診病患)、居家檢疫者(接觸三週內入境者)	□是	□否

上述勾選「是」請勿參加活動，勾選「否」請配合以下事項。
本人同意在活動期間：
1. 落實防疫措施。
2. 配合測量體溫、使用乾洗手，以拱手或其他禮節代替握手。
3. 請自備醫療口罩，並全程佩戴，並保持良好個人衛生。

簽名	
日期	年　　月　　日

備註：

一、本聲明書請於報名時填妥並掃描以電子郵件寄至 XXX@rwm.kh.edu.tw。

二、聲明書寄送本校後，於參與活動前，發生上述 3 項情事，請勿參加活動，感謝您的配合。