

## 國立大湖高級農工職業學校110 年度總務處管理員甄選

## 應試人員健康調查聲明書

- 一、依中央流行疫情指揮中心具嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)感染風險民眾追蹤管理機制，已報名且已確診者、依法執行「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自主健康管理」或「非無症狀之自主健康管理(含經通報或就醫後經醫院安排採檢，尚未獲知檢驗結果之自主健康管理)」應考人，管理期間適逢本校110 年度總務處管理員甄選面試時間(110 年 10 月 25 日)，一律不得參加考試，亦不得補考。
- 二、每位應試人於面試當日，均應繳交本調查表。
- 三、倘有私自參加面試或隱匿之情事發生，經查證屬實應立即終止應試，並由本校通報中央流行疫情指揮中心及苗栗縣政府處理，且成績不予計算。

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 應考人資料<br>(本欄由應考人自行填寫)                    | 應考人姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|                                          | 身分證字號                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|                                          | 住宅電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                          | 行動電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 緊急聯絡人<br>(本欄由應考人自行填寫，如未填寫，逕依應考人報名填寫資料為準) | 聯絡人姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|                                          | 關係                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|                                          | 行動電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 是否具有右列身分                                 | 考試當日是否為嚴重特殊傳染性肺炎確診者<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                                          | 居家隔離者<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，自 110 年 月 日起至 110 年 月 日止。                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|                                          | 居家檢疫者<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，自 110 年 月 日起至 110 年 月 日止。                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|                                          | 加強自主健康管理者<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，自 110 年 月 日起至 110 年 月 日止。                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                                          | 自主健康管理者<br><input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，自 110 年 月 日起至 110 年 月 日止。<br><input type="checkbox"/> 無症狀<br><input type="checkbox"/> 有症狀：發燒、咳嗽、流鼻水等呼吸道症狀、身體不適、嗅、味覺異常或不明原因腹瀉(請主動與當地衛生局聯繫或撥 1922，依指示儘速就醫，返家後亦應佩戴口罩禁止外出)<br><input type="checkbox"/> 經通報或安排採檢，尚未獲知檢驗結果(應留在住居所不可外出) |  |  |  |
|                                          | 以上調查其中一項為 <input type="checkbox"/> 是選項者，不得參加考試，亦不得補考。                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 應考人切結簽名：                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 日期：110 年 10 月 25 日                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

◎ 本調查表請事先下載填妥基本資料，於面試當日勾選健康情形，並於報到時繳交