**附件1**

 **109.03.03版**

|  |
| --- |
| 因應COVID-19(武漢肺炎)疫情健康聲明卡 |
| 姓名 | 性別：□ 男性□ 女性□ 其他 | 身分證/居留證 |
| 量測體溫： |
| 航/船班(無者免填) | 聯絡電話：手機：市話： |
| 請問您過去14天是否有下列情形：1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀 (已服藥者亦需填寫「是」)？ □ 是：□ 發燒 □ 咳嗽 □ 呼吸急促 □ 否2.國外旅遊/居住史：去過哪些地區？ □ 中國大陸：省份  □ 香港 □ 澳門□ 韓國 □ 義大利□ 伊朗□ 其他：  □ 以上皆無3.是否接觸過武漢肺炎確診病例？□ 是 □ 否4.是否屬於自主健康管理者？□ 是 □ 否 |
| 簽名：填寫日期：109年 月 日 時 分 | 勞動部關心您 |

**附件2 109.03.03版**

**應檢人發燒聲明書/證明書**

應檢人(姓名)＿＿ ＿＿＿＿ （身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿）參加109年＿＿月＿＿日辦理＿＿＿＿＿＿＿＿ （職類級別）之□學科或□術科測試，經量測□額溫≧37.5℃或□耳溫≧38℃（實際數值： ℃），有發燒之情形，因防疫規定致無法參加當天測試，同意採下述處理方式（請應檢人自行選擇，經擇一選定後，不得變更）：

一、□申請退還學術科測試費用(含申請延長、保留學術科成績)或特定對象保留補助次數（請備妥退費申請表、本證明書及相關證明文件後，向技檢中心或受理報名單位申請）。

二、□延期**安排測試，**視疫情擇日測試或調整測試場次、日期（即測即評及發證與專案檢定需視當梯次辦理期間尚有可供調整場次，若無，則以退費方式辦理）。

應檢人簽章： 連絡電話(手機)：＿＿＿＿＿＿

經測試辦理單位特此證明

**(測試辦理單位章戳)**

中華民國 年 月 日

(註：本聲明書/證明書經測試辦理單位用章戳後，影印1份單位留存，原件發還應檢人)