

苗栗縣 111 年度資賦優異鑑定學生健康狀況檢視切結聲明書

一、學生健康狀態（請勾選）

非屬 1. 確診者 2. 自主健康管理者 7 天者 3. 居家隔離 3 天者 4. 自主防疫 4 天者

二、學生近兩週健康狀態（請勾選或依需求填列）

（一）過去 14 天是否曾經有下列情形：

發燒	流鼻水 鼻塞	咳嗽	腹瀉	無嗅覺 無味覺	呼吸困難	全身倦怠	四肢無力	就醫
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有， 診斷：_____

（二）是否曾經出國？

是（國家：_____） 否

已據實提供上開正確資料，並由法定監護人填寫健康狀況檢視切結同意書，特立此書以茲證明，如有不實，願負一切法律上之責任。

學校：

學生姓名：

學生身分證字號：

法定監護人（親筆簽名）：

中華民國 年 月 日

【法定監護人檢視並簽名無誤後，於報到時繳交】

備註：因應國內外新型冠狀肺炎疫情持續發展，請依中央流行疫情指揮中心最新規定填寫本同意書，如出現新增症狀，煩請自行加註。疫情當前，非常感謝您的配合。