承 诺 书

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

居住地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您好！为了您和您家人的健康，按疫情政策要求，5天5检人员请遵守以下规定：

1、抵沈5天内每日进行核酸检测。

2、不得聚餐、不和聚会、不得去公共场所、不得乘坐公共

交通工具。

3、需要外出的，做到“两点一线”，做好个人防护。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（在横线处手写：*本人已知晓以上管控要求，并按上述要求*

*执行.*）

 承诺人（签字）：

 时间： 年 月 日