附件4

**CFRM®认证项目考试**

**考生近14天体温检测和症状记录表**

考生姓名： 所持身份证件种类：

证件号： 电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **日期** | **体温** | **症状**  **（无如不适、发热、咳嗽、乏力、皮疹、黄疸、呕吐、腹泻、结膜红肿等症状）** |
| 1 | 7月3日 |  |  |
| 2 | 7月4日 |  |  |
| 3 | 7月5日 |  |  |
| 4 | 7月6日 |  |  |
| 5 | 7月7日 |  |  |
| 6 | 7月8日 |  |  |
| 7 | 7月9日 |  |  |
| 8 | 7月10日 |  |  |
| 9 | 7月11日 |  |  |
| 10 | 7月12日 |  |  |
| 11 | 7月13日 |  |  |
| 12 | 7月14日 |  |  |
| 13 | 7月15日 |  |  |
| 14 | 7月16日 |  |  |
| 考生签名： | | | |