

111 年第 2 次「輻射防護專業測驗」及「操作人員輻射安全證書測驗」

應考人健康關懷表

請於第一節測驗開始前完成填寫，並於入場時交由監試人員回收

姓名		身分證字號	
准考證號碼		連絡電話	
報考類別	<input type="checkbox"/> 輻安證書 <input type="checkbox"/> 輻防人員 *同時報考輻安證書及輻防人員者請填寫 2 張*		

1. 請問過去 14 天(以測驗日計算)內是否有以下症狀：

- 發燒 咳嗽 呼吸急促 腹瀉 味覺異常 嗅覺異常 喉嚨痛
無上述症狀

2. 請問您於測驗當日是否為下列①~④身分？(若有，請立即通知工作人員)

匡列身分	<input type="checkbox"/> ①居家照護	<input type="checkbox"/> ②居家隔離	<input type="checkbox"/> ③自主防疫	<input type="checkbox"/> ④自主健康管理	<input type="checkbox"/> 無
說明	確診 7+7 之前 7 日者	密切接觸者 3+4 之前 3 日者	<input type="checkbox"/> 密切接觸者 3+4 之後 4 日者 <input type="checkbox"/> 密切接觸者 0+7 之後 7 日者 <input type="checkbox"/> 入境 0+7 之後 7 日者 請續填背面聲明書	確診 7+7 之後 7 日者	無限制
	不得應試		快篩陰性才可應試	可應試	

簽名：

感謝您的填寫，行政院原子能委員會關心您！
請於第一節測驗開始前完成填寫，並於入場時交由監試人員回收。
(若有匡列情形請立即通知工作人員)

聲明書

輻射防護專業測驗

輻射安全證書測驗

茲聲明本人測驗當日為中央流行疫情指揮中心（CECC）所列之自主防疫者，並已於 111/10/21-111/10/22 期間內完成快篩且呈陰性，如有不實，願負相關法律責任，特此聲明。

註：如遇試場單位、機關（構）有疫調需求時，本會將提供本聲明書供其查證，以利進行疫調。

註：如有不實，依本測驗試場規則第十一條第八款規定，將予以扣考，並不得繼續應考，其已考之各科成績不予計分，亦不得申請退費。

立聲明書人：_____

身分證字號：_____

簽署日期：_____