

111 年第 1 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①~⑤身分? (若有，請立即通知工作人員)

匡列身分	<input type="checkbox"/> ① 確診 尚未解隔離	<input type="checkbox"/> ② 居家 (集中) 檢疫	<input type="checkbox"/> ③ 居家隔離 3+4 政策 (前 3 日)	<input type="checkbox"/> ④ 居家隔離 3+4 政策 (後 4 日自主 防疫)	<input type="checkbox"/> ⑤ 自主健康 管理且無以 下情形	<input type="checkbox"/> 無
說明	確診且於指定隔離治療機構或指定處所隔離或照護者	具國外旅遊史	居家隔離第 0~3 日	居隔第 4~7 日，為自主防疫期間  <b>請續填背面聲明書</b>	1. 加強型自主健康管理 2. 自主健康管理經安排採檢，且尚未接獲檢驗結果	無限制
	<b>不得應試</b>			快篩陰性才可應試	無上述情形者可應試	

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）所匡列之「居家隔離 3+4 政策」之後 4 天自主防疫者，並已於今（4/30）日完成快篩且呈陰性，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：\_\_\_\_\_