

居家观察 14 天证明

兹有我居（村）人员，姓名：_____ 性别：_____ 身份证号：_____，于_____年_____月_____日从_____省_____市_____县（区）_____镇_____居委会（村）返回海南省_____市（县）_____镇（区）_____居委会（村），返回后已按照疫情防控要求在我居委会（村）居家观察 14 天，居家观察期至今该人员没有发烧感冒症状。

证明人（签字）：_____ 电话：_____

单位（盖章）：

年 月 日