附件3-1

翔安区重点企业自行集中解决实施居家自我（医学）观察明细表

企业名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号码** | **出发地** | **返厦时间** | **观察地点** | **集中观察期间** | **观察天数**  **（天）** |
|  |  |  |  |  |  | 月 日起至 月 日止 |  |
|  |  |  |  |  |  | 月 日起至 月 日止 |  |
|  |  |  |  |  |  | 月 日起至 月 日止 |  |
|  |  |  |  |  |  | 月 日起至 月 日止 |  |