

企业或单位人员隔离满 21 天证明

兹证明我企业或单位以下人员已进行 21 天居家隔离，
身体状况良好，无新冠肺炎相关症状。

姓名：	性别：
出生日期：	护照号：
隔离开始日期：	隔离截止日期：
隔离地址：	
赴中转国日期、航班号：	
中转国赴华日期、航班号：	
所在企业或单位 联系人、联系电话：	

企业或单位名称及公章：

年 月 日