



식품 취급자 보고 계약서

이 계약의 목적은 식품 취급자에게 나열된 조건 중 하나라도 발생하면 책임자(PIC)에게 알릴 의무가 있음을 알려 책임자가 식중독 전파를 방지하기 위한 적절한 조치를 할 수 있도록 하기 위함입니다.

책임자에게 다음 사항을 보고할 것에 동의합니다.

근무 중 또는 근무 시간 외에 다음 증상이 발병한 경우, 증상 발생 날짜를 포함해 보고합니다.

1. 설사
2. 구토
3. 황달
4. 발열을 동반한 인후통
5. 손, 손목, 노출된 신체 부위 또는 기타 신체 부위에 고름이 있는 감염된 베인 상처나 병변이 있으며, 해당 상처나 병변이 제대로 덮여 있지 않은 경우(작은 종기나 감염된 상처 포함)

향후 의학적 진단: 노로바이러스, 장티푸스 (살모넬라균), 세균성이질유발 (취켈라종 감염), 대장균 O157:H7 또는 기타 STEC 감염, 비장티푸스성 살모넬라 또는 A형 간염 (A형 간염 바이러스 감염) 진단을 받은 경우

식품 매개 병원균에 대한 향후 노출:

1. 노로바이러스, 장티푸스, 세균성이질유발, 대장균 O157:H7 또는 기타 STEC 감염 또는 A형 간염 확진 질환 발병에 노출되었거나 의심되는 경우
2. 가족 구성원이 노로바이러스, 장티푸스, 세균성이질유발, STEC로 인한 질병 또는 A형 간염 진단을 받은 경우
3. 가족 구성원이 노로바이러스, 장티푸스, 세균성이질유발, 대장균 O157:H7 또는 기타 STEC 감염 또는 A형 간염 확진 질환 발병 환경에 참석하거나 근무하는 경우

SNHD 2023 식품 규정 및 다음과 같이 본 계약에 따라 이행해야 할 책임과 준수해야 할 요구 사항을 읽었으며 (또는 설명을 들었으며) 이를 이해했습니다.

1. 위에 명시된 증상, 진단, 노출과 관련된 보고 요건
2. 내게 부과된 업무 제한 또는 배제 조치
3. 올바른 위생 관행

본 계약 조건을 준수하지 않을 경우, 식품 시설 또는 식품 규제 당국의 조치로 인해 고용이 위태로워질 수 있으며, 그에 따라 법적 처분을 받을 수 있음을 이해합니다.

식품 취급자 이름: _____

식품 취급자 서명: _____ 날짜: _____

책임자 서명: _____ 날짜: _____