

**양식 1-B - 설명:** 이 양식의 제목은 계약직 직원 또는 식품 담당 직원의 보고 의무 계약서입니다. 이 양식은 계약직 직원 또는 식품 담당 직원과 해당 담당자 간의 계약서로서 쌍방이 서명합니다. 이 계약서의 목적은 계약직 직원 또는 식품 담당 직원이 하기 조건에 처할 경우 해당 담당자가 식품 관련 질병의 전염을 예방하기 위해 적절한 조치를 취할 수 있도록 이러한 사실을 해당 담당자에게 통지할 책임이 있다는 것을 알리는 데 있습니다.

양식 1-B 계약직 직원 또는 식품 담당 직원의 보고 의무 계약서

노로바이러스, **살모넬라균**, **슈켈라균**, **장출혈성 대장균(EHEC)**, 시가독소 생성 대장균 또는 A형 간염 바이러스 등에 감염된 계약직 직원 또는 식품 담당 직원의 식품을 통한 질병 전염 예방

이 계약서의 목적은 계약직 직원 또는 식품 담당 직원이 하기 조건에 처할 경우 해당 담당자가 식품 관련 질병의 전염을 예방하기 위해 적절한 조치를 취할 수 있도록 이러한 사실을 해당 담당자에게 통지할 책임이 있다는 것을 알리는 데 있습니다.

본인은 해당 담당자에게 다음을 보고할 것에 동의합니다.

직장 내외에서 다음 증상의 발생 및 발생일:

1. 설사
2. 구토
3. 황달
4. 열을 동반한 인후염
5. 감염된 자상 또는 상처, 손, 손목, 신체의 노출 부위 또는 기타 신체 부위의 화농 병변, (**화상 및 경미한 감염 상처 등과 같은**) 자상, 상처 또는 병변은 포함되지 않음

향후 의학적 진단:

노로바이러스, 장티푸스(**살모넬라티피**), 이질(**슈켈라** 감염), **대장균 O157:H7** 또는 기타 장 출혈성 대장균 감염, 또는 **A형 간염(A형 간염 바이러스 감염)**에 걸린 것으로 진단되는 경우

향후 식품 관련 병원균에 노출:

1. 노로바이러스, 장티푸스, 이질, **대장균 O157:H7** 또는 기타 장 출혈성 대장균 감염 또는 **A형 간염**에의 노출 또는 이의 확인된 발병을 초래하는 것으로 의심되는 경우.
2. 가족이 노로바이러스, 장티푸스, 이질, 장 출혈성 대장균에 의한 질병 또는 **A형 간염**에 걸린 경우.
3. 가족이 노로바이러스, 장티푸스, 이질, **대장균 O157:H7** 또는 기타 장 출혈성 대장균 감염, 또는 **A형 간염**의 발병이 확인된 환경에 참석하거나 근무하는 경우.

본인은 준수해야 하는 **식품법** 및 이 계약서에 의거한 본인의 책임에 관한 요구사항을 읽었으며 (또는 설명을 들었으며) 이를 이해했습니다.

1. 명시한 증상, 진단 및 노출을 포함한 상기 보고 요구사항
2. 본인에게 부과된 작업 제한 또는 배제
3. 적절한 위생 조치

본인은 이 계약서의 조건을 준수하지 못할 경우 식품 위생 당국의 조치로 해고되거나 법적 조치를 받을 수 있다는 점을 이해했습니다.

계약직 직원 이름(정자로 기재) \_\_\_\_\_

계약직 직원의 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

식품 담당 직원 이름(정자로 기재) \_\_\_\_\_

식품 담당 직원의 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

전결권자 또는 대표의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_