County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods and diverse communities of Fairfax County

양식 #2 직원 질병 보고 동의서

귀하는 일반 대중에게 안전한 음식을 제공하는 데 있어 중요한 역할을 담당하고 있습니다. 음식을 다루는 사람으로서 귀하는 아래에 있는 증상이나 질병을 보고할 책임이 있습니다.

본인은 다음과 같은 식중독 증상이 나타날 경우 담당자에게 보고할 것을 동의합니다.

1. 구토
2. 설사
3. 황달 – 눈이나 피부가 노랗게 변함
4. 열이 나고 목이 아픔
5. 감염된 상처

본인은 다음과 같은 균에 감염되었다고 의사에게 진단받을 경우 담당자에게 보고할 것을 동의합니다.

1. 대장균
2. 살모넬라균
3. 이질균
4. A형 간염균
5. 노로바이러스

본인은 다음과 같은 경로로 식중독에 노출될 경우 담당자에게 보고할 것을 동의합니다.

1. 식중독이 발생한 것으로 확인된 곳에 노출된 경우
2. 식중독을 진단받은 사람과 같은 집에 사는 경우
3. 식중독이 발생한 것으로 확인된 곳에서 열린 행사에 참석한 사람, 또는 그곳에 근무하는 사람과 같은 집에 사는 경우

직원 확인 사항

본인은 이 동의서에 나온 사항을 어길 경우 근무하고 있는 식당이나 페어팩스 카운티 보건정책부 (Fairfax County Health Department) 에 의해 해고될 수 있음을 이해합니다.

직원 이름(정자체로 명확하게 기재) _____

직원 서명 _____ 날짜 _____

담당자 서명 _____ 날짜 _____

Fairfax County Health Department
Division of Environmental Health
Food Safety Section
10777 Main Street, Suite 111, Fairfax, VA 22030
Phone: 703-246-2444 TTY: 711 Fax: 703-385-9568
www.fairfaxcounty.gov/hd