



食品従業員健康報告契約

Food Employee Health Reporting Agreement

この契約の目的は、食品従業員に対して、以下に示されたいずれかの状態を経験した場合に責任を持って担当者に通知するように知らせることです。これにより、担当者が適切な措置を講じて食中毒の伝播を防ぐことができます。

以下の症状が発症した場合、工作中または仕事外にかかわらず、発症日を含めて担当者に報告することに同意します。

- 下痢
- 嘔吐
- 黄疸
- 発熱を伴う喉の痛み
- 手、手首、露出している体の部位、または他の体の部位に膿を含む感染した切り傷や傷、または潰瘍があり、それらが適切に覆われていない場合（例えば、腫れた膿を持つ傷や小さな感染傷など）。

将来の医療診断: ノロウイルス、チフス（サルモネラ・チフイ）、赤痢（シゲラ属感染）、大腸菌 O157 またはその他の STEC 感染、非チフス性サルモネラ、または A 型肝炎（A 型肝炎ウイルス感染）と診断された場合

将来の食源性病原体への曝露:

1. ノロウイルス、チフス、赤痢、大腸菌 O157 またはその他の STEC 感染、または A 型肝炎の確定した疾患の発生源または疑いがある場合の曝露。
2. ノロウイルス、チフス、赤痢、STEC による疾患、または A 型肝炎と診断された家庭のメンバーがいる場合。
3. ノロウイルス、チフス、赤痢、大腸菌 O157 またはその他の STEC 感染、または A 型肝炎の確定した疾患の発生がある場所に通うまたはそこで働いている家庭のメンバーがいる場合。

私は、食品規範およびこの契約に基づく私の責任について、以下の要求事項を理解していることを確認しました（説明を受けた場合も含む）:

1. 上記に指定された症状、診断、および曝露に関する報告義務。
2. 私に課せられる業務制限または除外。
3. 良好な衛生習慣。

この契約の条件に従わない場合、食品施設または食品規制当局による措置がとられる可能性があり、それが私の雇用に悪影響を及ぼす可能性があり、法的措置が取られることがあることを理解しています。

Food Employee Name (please print) _____

Signature of Food Employee _____ Date _____

Signature of Permit Holder or Representative _____ Date _____