
员工健康政策

经营场所名称: _____

经营场所地址: _____

本协议旨在告知该食品经营场所的有条件聘用员工和在职员工，当他们遇到所列任何情况时，有责任通知负责人 (PIC)，以便负责人采取适当措施防止食源性疾病传播。

我同意报告这些症状，无论它们发生在工作期间或工作之外：

- 1) 腹泻；
- 2) 呕吐；
- 3) 黄疸；
- 4) 喉咙痛伴发热；和/或，
- 5) 身体暴露部位（如手、手腕等）有感染性割伤、伤口或化脓性损伤

我明白，如果我出现腹泻和呕吐症状，**症状消失至少 24 小时后**我才能重返工作岗位。

我同意，如果我被诊断出患有诺如病毒、伤寒沙门氏菌（伤寒）、任何志贺氏菌属、大肠杆菌 0157:H7、其他肠出血或产志贺毒素大肠杆菌、甲型肝炎病毒或任何其它根据《内华达州修订法规》(NRS) 441A 条规定应报告的传染病，我将进行报告。

我同意遵守《Washoe 县地区卫生委员会食品经营场所管理条例》第 030.020 节中规定的所有员工健康、限制、除外事项和报告要求。

在职/有条件聘用食品员工姓名首字母: _____

在职/有条件聘用食品员工首字母签名: _____ 日期: _____

食品经营场所代表姓名: _____

食品经营场所代表签名: _____ 日期: _____