

---

## นโยบายด้านสุขภาพของพนักงาน

ชื่อสถานประกอบการ: \_\_\_\_\_

ที่อยู่สถานประกอบการ: \_\_\_\_\_

จุดประสงค์ของข้อตกลงนี้คือเพื่อแจ้งให้พนักงานที่มีเงื่อนไขและพนักงานปัจจุบันของสถานประกอบการด้านอาหารนี้ทราบเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการแจ้งให้ผู้รับผิดชอบ (PIC) ทราบเมื่อพวกเขาประสบกับเงื่อนไขใดๆ ที่ระบุไว้ เพื่อให้ PIC สามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคที่เกิดจากอาหาร

ฉันตกลงที่จะรายงานอาการเหล่านี้ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในที่ทำงาน หรือ นอกที่ทำงาน:

- 1) ท้องเสีย
- 2) อาเจียน
- 3) ตัวเหลือง
- 4) เจ็บคอและมีไข้ และ/หรือ
- 5) มีบาดแผล รอยแผล หรือแผลที่ติดเชื้อซึ่งมีหนอง บนส่วนที่เปิดเผยของร่างกาย (เช่น มือ ข้อมือ ฯลฯ)

ฉันเข้าใจว่าหากฉันมีอาการท้องเสียและอาเจียน ฉันจะไม่สามารถกลับมาทำงานได้อย่างน้อย **24 ชั่วโมง** หลังจากมีอาการหยุดลง

ฉันตกลงที่จะรายงานหากฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยเชื้อโนโรไวรัส, เชื้อ Salmonella typhii (ไข้ไทฟอยด์), เชื้อ Shigella สายพันธุ์ใดๆ, เชื้อ E. coli 0157:H7, เชื้อ E. coli ตัวอื่นๆ ที่ผลิตสารพิษ Enterohemorrhagic หรือ Chiga, เชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่ออื่นๆ ที่ถือว่าสามารถรายงานได้ตามที่กำหนดไว้ใน Nevada Revised Statutes (NRS) 441A

ฉันตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดในการจำกัด การงดเว้นและการรายงานด้านสุขภาพของพนักงานทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 030.020 ของข้อบังคับ Regulations of the Washoe County District Board of Health Governing Food Establishments

ชื่อของพนักงานด้านอาหารปัจจุบัน/ที่มีเงื่อนไข: \_\_\_\_\_

ลายเซ็นชื่อของพนักงานด้านอาหารปัจจุบัน/ที่มีเงื่อนไข: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

ชื่อตัวแทนสถานประกอบการด้านอาหาร: \_\_\_\_\_

ลายเซ็นตัวแทนสถานประกอบการด้านอาหาร: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_