

채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|----|-----|----|-----------|---|-----|----|-----|----|-------|----|
| 소 속 | 시립 FA | | | | 성 명 | 김 태영 | | | | | | |
| 연 락 처 | 이/오 4157 7967 | | | | 생년월일 | 1982. 09. 16 (만 42세) | | | | | | |
| 비 상 연 락 처 | (관외) 이/오-6854-1318 | | | | 거 주 지 | 광주 서구 | | | | | | |
| 최 근 근무 처 | 가나코이엔 | | | | 직 종 력 | (크기엔) 분야 1 (/ /)년 | | | | | | |
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부 | <input type="checkbox"/> 2018년 12월 28일 | | | | 교 육 실 시 자 | 안전보건관리감독관 배성배 광주광역시 안전관리과 (서 정) | | | | | | |
| 개 인 보 호 구 지 지 확 인 | 안전모 | | 안전화 | | 각반 | | 안전대 | | 마스크 | | 기타() | |
| | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 |
| | | 서명 | | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 |
| | ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우 ※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 | | | | | | | | | | | |
| 교 내 육 용 | 1) 기계·기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항 2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항 3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항 4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항 5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항 6) 물질안전보건자료에 관한 사항 7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항 8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항 9) 현장 개요·안전보건 규정·현장 상황 등 | | | | | | | | | | | |
| 안 서 전 약 | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다. 2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다. 3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다. 4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다. 5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다. 6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다. 7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다. 8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다. 9) 산업안전보건법 제40조 근로자의 안전보건 준수 사항에 의거, 현장 내 안전규정을 준수하여 안전사고를 예방하고 이에 위반할 경우 현장 책임자의 지시에 따라 퇴장할 것임을 인지하며 이와 같은 사항이 사실임을 서약합니다. | | | | | | | | | | | |
| 교 육 이 수 자 | (서명) | | | | 이수 일자 | 2024년 1월 13일 | | | | | | |

건강 문진표

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 소 속 | 시리 FA | 성 명 | 김 레 영 |
| 혈액형 | O RH+ | 혈 압 | 130 |

| | | | | | | |
|------------------|--|-----------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|--|
| 생 활 습 관 | 술 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다. | | | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 / 회 / 1회 / 잔) | | |
| | 담배 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 흡연하지 않는다. | | | <input checked="" type="checkbox"/> 흡연한다. (하루 / 개 / 갑) | | |
| | 과거에 다음과 같은 질환으로 앓았거나 진단(치료)을 받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 결핵 | <input type="checkbox"/> 간염 | <input type="checkbox"/> 간질환 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 암 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | () | |

| | | | | | | |
|-------------|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 일 반 증 | 의사로 부터 다음과 같은 질병에 대해 진단받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 류마티스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 관절염 | <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 알콜중독 | () | | |
| | 과거 운동 중 혹은 사고(교통사고, 넘어짐 등)로 인해 다친 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 손/손가락 | <input type="checkbox"/> 발/발가락 | <input type="checkbox"/> 허리 | <input type="checkbox"/> 목 | <input type="checkbox"/> 기타 () | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 작업과 관련하여 통증이나 불편함을 느끼신 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 통증 | <input type="checkbox"/> 수심 | <input type="checkbox"/> 뻣뻣함 | <input type="checkbox"/> 무감각 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 호흡기계 증상이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 가슴이 답답할 때가 있다 | <input type="checkbox"/> 기침과 가래가 많다 | <input type="checkbox"/> 천식 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| 산 재 경 험 여 부 | 현재 복용하고 있는 약이 있다면 종류와 복용기간을 상세히 적어주십시오 | | | | |
| | 종류 () / 복용기간 () <input type="checkbox"/> 없음 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 있음 <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | | | | | |
| 내용 : | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|--------|--------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 고 혈 압 | 구분 | 정상 | 주의 혈압 | 고혈압 전단계 | 고혈압 | |
| | | | | | 1기 | 2기 |
| | 이완기 혈압 | 80 미만 | 80 미만 | 80 ~ 89 | 90 ~ 99 | 100 이상 |
| | 수축기 혈압 | 120 미만 | 120 ~ 129 | 130 ~ 139 | 140 ~ 159 | 160 이상 |

개 인 정보 수집 동의서

* 개인정보 수집, 이용 목적
개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집, 이용)에 의거 「현장 근로자의 안전보건관리」 업무의 원활한 수행을 위해 개인정보를 제공하고, 회사에서 신원확인 및 건강상태를 판단하기 위한 목적으로 개인정보를 수집, 이용하는데 동의하며, 국가기관으로부터 신원확인 등의 조사를 위해 개인정보 제공 등의 요청 시 회사가 관련법령의 준수를 위해 제3자에 제공함에 동의한다.

* 수집하려는 개인정보 항목 : 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 소속, 직종, 건강상태, 산재경험여부 등

* 개인정보 보유 및 이용기간 : 채용 시 부터 공사 완료시 까지

* 개인 정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다.

* 귀하는 본 동의서에 의한 개인정보수집·이용에 대한 동의를 거부하실 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우에는 현장 출입 및 현장 내 근로 제공이 제한될 수 있습니다.

본인은 개인정보 수집·이용에 관하여 고지받았으며, 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

2024년 1월 13일 성명 : 김레영 (서명)

채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|-----|----|-----------|---------------------|-----|----|-----|----|-------|----|--|
| 소 속 | 세진 F.A. | | | | 성 명 | 문 춘상 | | | | | | | |
| 연 락 처 | 010 3460 4888 | | | | 생년월일 | 1961. 8. 3 (만 63 세) | | | | | | | |
| 비 상 연 락 처 | (관 계) 010 6763 0650 | | | | 거 주 지 | 부산 동구 현동 | | | | | | | |
| 최 근 근 무 처 | 세진 F.A | | | | 직 종 경 력 | (기계) 분야 / (30)년 | | | | | | | |
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부 | <input type="checkbox"/> 2011년 8월 28일 | | | | 교 육 실 시 자 | 안전보건관리자 배성(배성명) | | | | | | | |
| 개 인 보 호 구 지 지 확 | 안전모 | | 안전화 | | 각반 | | 안전대 | | 마스크 | | 기타() | | |
| | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | |
| 지 지 확 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | |
| ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우 ※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 | | | | | | | | | | | | | |
| 교 육 내 용 | 1) 기계 · 기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항 2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항 3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항 4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항 5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항 6) 물질안전보건자료에 관한 사항 7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항 8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항 9) 현장 개요 · 안전보건 규정 · 현장 상황 등 | | | | | | | | | | | | |
| 안 전 약 | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다. 2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다. 3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다. 4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다. 5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다. 6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다. 7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다. 8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다. 9) 산업안전보건법 제40조 근로자의 안전보건 준수 사항에 의거, 현장 내 안전규정을 준수하여 안전사고를 예방하고 이에 위반할 경우 현장 책임자의 지시에 따라 퇴장할 것임을 인지하며 이와 같은 사항이 사실임을 서약합니다. | | | | | | | | | | | | |
| 교 육 이 수 자 | 문 춘상 (문춘상) | | | | 이 수 일 자 | 2024년 1월 13일 | | | | | | | |

건강 문진표

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 소 속 | 세진 FA | 성 명 | 윤 호성 | | | |
| 혈액형 | B | 혈 압 | 110 80~90 | | | |
| 생활 습 관 | 술 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다. | | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 2회 / 1회 2잔) | | | |
| | 담배 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 흡연하지 않는다. | | <input checked="" type="checkbox"/> 흡연한다. (하루 / 갑) | | | |
| | 과거에 다음과 같은 질환으로 앓았거나 진단(치료)을 받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 결핵 | <input type="checkbox"/> 간염 | <input type="checkbox"/> 간질환 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 암 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | () | |
| 질환명 | | 발병년도 | | 현재상태 | | |
| 일 반 상 | 의사로 부터 다음과 같은 질병에 대해 진단받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 류마티스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 관절염 | <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 알콜중독 | | () | |
| | 과거 운동 중 혹은 사고(교통사고, 넘어짐 등)로 인해 다친 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 손/손가락 | <input type="checkbox"/> 발/발가락 | <input type="checkbox"/> 허리 | <input type="checkbox"/> 목 | <input type="checkbox"/> 기타 () | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 작업과 관련하여 통증이나 불편함을 느끼신 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 통증 | <input type="checkbox"/> 수심 | <input type="checkbox"/> 뻣뻣함 | <input type="checkbox"/> 무감각 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 호흡기계 증상이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 가슴이 답답할 때가 있다 | <input type="checkbox"/> 기침과 가래가 많다 | <input type="checkbox"/> 천식 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 현재 복용하고 있는 약이 있다면 종류와 복용기간을 상세히 적어주십시오 | | | | | |
| 종류 () / 복용기간 () | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | |
| 산 재 경 험 여 부 | <input type="checkbox"/> 있음 | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | | | |
| | 내용 : | | | | | |
| 고혈압 | 구분 | 정상 | 주의 혈압 | 고혈압 전단계 | 고혈압 | |
| | | | | | 1기 | 2기 |
| | 이완기 혈압 | 80 미만 | 80 미만 | 80 ~ 89 | 90 ~ 99 | 100 이상 |
| 수축기 혈압 | 120 미만 | 120 ~ 129 | 130 ~ 139 | 140 ~ 159 | 160 이상 | |
| 개 인 보 집 수 이 용 동 의 서 | * 개인정보 수집, 이용 목적 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집, 이용)에 의거 「현장 근로자의 안전보건관리」 업무의 원활한 수행을 위해 개인정보를 제공하고, 회사에서 신원확인 및 건강상태를 판단하기 위한 목적으로 개인정보를 수집, 이용하는데 동의하며, 국가기관으로부터 신원확인 등의 조사를 위해 개인정보 제공 등의 요청 시 회사가 관련법령의 준수를 위해 제3자에 제공함에 동의한다. | | | | | |
| | * 수집하려는 개인정보 항목 : 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 소속, 직종, 건강상태, 산재경험여부 등 | | | | | |
| | * 개인정보 보유 및 이용기간 : 채용 시 부터 공사 완료시 까지 | | | | | |
| | * 개인 정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. | | | | | |
| | * 귀하는 본 동의서에 의한 개인정보수집, 이용에 대한 동의를 거부하실 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우에는 현장 출입 및 현장 내 근로 제공이 제한될 수 있습니다. | | | | | |
| 본인은 개인정보 수집 · 이용에 관하여 고지받았으며, 이를 충분히 이해하고 동의합니다. | | | | | | |
| 2023년 / 월 / 일 | | | 성명 : 윤 호성 (서명 | | | |

채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|----------|----------|-----------|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 소 속 | 세진대 세진대 | | | | 성 명 | 김 제진 | | | | | |
| 연 락 처 | 010-9689-4934 | | | | 생년월일 | 1959 (만 61세) | | | | | |
| 비 상 연 락 처 | (친구) 010-2100-9003 | | | | 거 주 지 | 부산동구 초량동 31-1 | | | | | |
| 최 근 근무 처 | 대우 조선 | | | | 직 종 경 력 | (조선)분야 / (35)년 | | | | | |
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부 | 2004년 01월 10 일 <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 교 육 실 시 자 | 안전보건관리책임자 배성득 (사 2003) | | | | | |
| 개 인 보 호 구 지 지 확 인 | 안전모 | 안전화 | | 각반 | | 안전대 | | 마스크 | | 기타() | |
| | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 | 개인 현장 |
| | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 | 서명 |
| ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우 ※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 | | | | | | | | | | | |
| 교 육 내 용 | 1) 기계·기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항 2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항 3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항 4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항 5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항 6) 물질안전보건자료에 관한 사항 7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항 8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항 9) 현장 개요·안전보건 규정·현장 상황 등 | | | | | | | | | | |
| 안 전 약 | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다. 2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다. 3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다. 4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다. 5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다. 6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다. 7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다. 8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다. 9) 산업안전보건법 제40조 근로자의 안전보건 준수 사항에 의거, 현장 내 안전규정을 준수하여 안전사고를 예방하고 이에 위반할 경우 현장 책임자의 지시에 따라 퇴장할 것임을 인지하며 이와 같은 사항이 사실임을 서약합니다. | | | | | | | | | | |
| 교 육 이 수 자 | 김 제진 | | | | 이 수 일 자 | 2004년 01월 13 일 | | | | | |

건강 문진표

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 소 속 | 세진 FA | 성 명 | 김 재진 | | | |
| 혈액형 | O | 혈 압 | 87 - 125 | | | |
| 생활 습 관 | 술 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다. | | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 / 회 / 1회 \downarrow 잔) | | | |
| | 담배 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 흡연하지 않는다. | | <input checked="" type="checkbox"/> 흡연한다. (하루 0.8갑) | | | |
| | 과거에 다음과 같은 질환으로 앓았거나 진단(치료)을 받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 결핵 | <input type="checkbox"/> 간염 | <input type="checkbox"/> 간질환 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 암 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | () | |
| 질환명 | | 발병년도 | | 현재상태 | | |
| 일 반 상 | 의사로 부터 다음과 같은 질병에 대해 진단받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 류마티스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 관절염 | <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 알콜중독 | () | | |
| | 과거 운동 중 혹은 사고(교통사고, 넘어짐 등)로 인해 다친 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 손/손가락 | <input type="checkbox"/> 발/발가락 | <input type="checkbox"/> 허리 | <input type="checkbox"/> 목 | <input type="checkbox"/> 기타() | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 작업과 관련하여 통증이나 불편함을 느끼신 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 통증 | <input type="checkbox"/> 수심 | <input type="checkbox"/> 뻣뻣함 | <input type="checkbox"/> 무감각 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 호흡기계 증상이 있습니까? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 가슴이 답답할 때가 있다 | <input type="checkbox"/> 기침과 가래가 많다 | <input type="checkbox"/> 천식 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | |
| 현재 복용하고 있는 약이 있다면 종류와 복용기간을 상세히 적어주십시오 | | | | | | |
| 종류 () / 복용기간 () | | | | | <input type="checkbox"/> 없음 | |
| 산 재 경 험 여 부 | <input type="checkbox"/> 있음 | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | | | |
| | 내용 : | | | | | |
| 고혈압 | 구분 | 정상 | 주의 혈압 | 고혈압 전단계 | 고혈압 | |
| | | | | | 1기 | 2기 |
| | 이완기 혈압 | 80 미만 | 80 미만 | 80 ~ 89 | 90 ~ 99 | 100 이상 |
| 수축기 혈압 | 120 미만 | 120 ~ 129 | 130 ~ 139 | 140 ~ 159 | 160 이상 | |
| 개 인 정보 수집 동의서 | * 개인정보 수집, 이용 목적 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집, 이용)에 의거 「현장 근로자의 안전보건관리」 업무의 원활한 수행을 위해 개인정보를 제공하고, 회사에서 신원확인 및 건강상태를 판단하기 위한 목적으로 개인정보를 수집, 이용하는데 동의하며, 국가기관으로부터 신원확인 등의 조사를 위해 개인정보 제공 등의 요청 시 회사가 관련법령의 준수를 위해 제3자에 제공함에 동의한다. | | | | | |
| | * 수집하려는 개인정보 항목 : 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 소속, 직종, 건강상태, 산재경험여부 등 | | | | | |
| | * 개인정보 보유 및 이용기간 : 채용 시 부터 공사 완료시 까지 | | | | | |
| | * 개인 정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. | | | | | |
| | * 귀하는 본 동의서에 의한 개인정보수집·이용에 대한 동의를 거부하실 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우에는 현장 출입 및 현장 내 근로 제공이 제한될 수 있습니다. | | | | | |
| 본인은 개인정보 수집·이용에 관하여 고지받았으며, 이를 충분히 이해하고 동의합니다. | | | | | | |
| 2024년 01월 13일 | | | 성명 : 김 재진 (서명) | | | |

채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

| | | | |
|-----------|----------------------------|-------|--------------------------------------|
| 소 속 | 신 권 | 성 명 | 장 승경 |
| 연 락 처 | 010-2122-1223 | 생년월일 | 58.06.21 (만 86 세) |
| 비 상 연 락 처 | (관 계) 배우자 010-1223-1220 | 거 주 지 | 부산 연제구리제대로 118 104동 601호 (연제 아파트) |
| 최 근 근무 처 | 현대 엔지니어링 | 직 종 력 | (기계) 분야 1 (10)년 |

| | |
|--|---------------------|
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부 <input type="checkbox"/> | 교육 실시 일자 |
| 2015년 4월 28일 | 안전보건관리 책임자 서명 (장승경) |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|
| 개 인 보 호 구 지 지 확 | 안전모 | | 안전화 | | 각반 | | 안전대 | | 마스크 | | 기타() | |
| | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 | 개인 | 현장 |
| | 서명 | 장승경 | 서명 | 장승경 | 서명 | 장승경 | 서명 | 장승경 | 서명 | 장승경 | 서명 | 장승경 |

※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우
 ※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우

| | |
|--------|--|
| 교 내 교육 | 1) 기계 · 기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항 2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항 3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항 4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항 5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항 6) 물질안전보건자료에 관한 사항 7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항 8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항 9) 현장 개요 · 안전보건 규정 · 현장 상황 등 |
|--------|--|

| | |
|-------|---|
| 안 전 약 | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다. 2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다. 3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다. 4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다. 5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다. 6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다. 7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다. 8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다. 9) 산업안전보건법 제40조 근로자의 안전보건 준수 사항에 의거, 현장 내 안전규정을 준수하여 안전사고를 예방하고 이에 위반할 경우 현장 책임자의 지시에 따라 퇴장할 것임을 인지하며 이와 같은 사항이 사실임을 서약합니다. |
|-------|---|

| | | | |
|--------|----------|-------|--------------|
| 교육 이수자 | 신 권 (서명) | 이수 일자 | 2024년 1월 13일 |
|--------|----------|-------|--------------|

건강 문진표

| | | | |
|-----|----|-----|----------|
| 소 속 | 새진 | 성 명 | 장성경 |
| 혈액형 | B | 혈 압 | 120 ~ 80 |

| | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|
| 생 활 습 관 | 술 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다. | | | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 회 / 1회 4잔) | |
| | 담배 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 흡연하지 않는다. | | | <input type="checkbox"/> 흡연한다. (하루 갑) | |
| | 과거에 다음과 같은 질환으로 앓았거나 진단(치료)을 받은 적이 있습니까? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 결핵 | <input type="checkbox"/> 간염 | <input type="checkbox"/> 간질환 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 암 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 심장병 | () | |
| 질환명 | | 발병년도 | | 현재상태 | |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|--|
| 일 반 증 상 | 의사로 부터 다음과 같은 질병에 대해 진단받은 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 류마티스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 심장병 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | <input type="checkbox"/> 관절염 | <input type="checkbox"/> 통풍 | <input type="checkbox"/> 알콜중독 | () | | |
| | 과거 운동 중 혹은 사고(교통사고, 넘어짐 등)로 인해 다친 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 손/손가락 | <input type="checkbox"/> 발/발가락 | <input type="checkbox"/> 허리 | <input type="checkbox"/> 목 | <input type="checkbox"/> 기타() | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 작업과 관련하여 통증이나 불편함을 느끼신 적이 있습니까? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 통증 | <input type="checkbox"/> 수심 | <input type="checkbox"/> 뻣뻣함 | <input type="checkbox"/> 무감각 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| | 호흡기계 증상이 있습니까? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 가슴이 답답할 때가 있다 | <input type="checkbox"/> 기침과 가래가 많다 | <input type="checkbox"/> 천식 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | |
| 현재 복용하고 있는 약이 있다면 종류와 복용기간을 상세히 적어주십시오 | | | | | | |
| 종류 () / 복용기간 () | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 | |

| | | |
|-------------|-----------------------------|--|
| 산 재 경 험 여 부 | <input type="checkbox"/> 있음 | <input checked="" type="checkbox"/> 없음 |
| 내용 : | | |

| | | | | | | |
|--------|--------|---|---|-----------|---------|--------|
| 고혈압 | 구분 | 정상 | 주의 혈압 | 고혈압 전단계 | 고혈압 | |
| | | | | | 1기 | 2기 |
| | 이완기 혈압 | 80 미만 | <input checked="" type="checkbox"/> 80 미만 | 80 ~ 89 | 90 ~ 99 | 100 이상 |
| 수축기 혈압 | 120 미만 | <input checked="" type="checkbox"/> 120 ~ 129 | 130 ~ 139 | 140 ~ 159 | 160 이상 | |

개 인 보 집 용 동 의 서

* 개인정보 수집, 이용 목적
 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집, 이용)에 의거 「현장 근로자의 안전보건관리」 업무의 원활한 수행을 위해 개인정보를 제공하고, 회사에서 신원확인 및 건강상태를 판단하기 위한 목적으로 개인정보를 수집, 이용하는데 동의하며, 국가기관으로부터 신원확인 등의 조사를 위해 개인정보 제공 등의 요청 시 회사가 관련법령의 준수를 위해 제3자에 제공함에 동의한다.

* 수집하려는 개인정보 항목 : 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 소속, 직종, 건강상태, 산재경험여부 등

* 개인정보 보유 및 이용기간 : 채용 시 부터 공사 완료시 까지

* 개인 정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다.

* 귀하는 본 동의서에 의한 개인정보수집, 이용에 대한 동의를 거부하실 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부하는 경우에는 현장 출입 및 현장 내 근로 제공이 제한될 수 있습니다.

본인은 개인정보 수집 · 이용에 관하여 고지받았으며, 이를 충분히 이해하고 동의합니다.

2024년 1 월 13 일 성명 : 장성경 (서명)