

( 신규채용시 ) 교육 참석자 명단

현장명 : 대구 스마트물류센터 자동화 설비 공급 및 S/W 개발

일자 : 2024년 9월 5 일

| NO | 업체명   | 성명  | 서명  | NO | 업체명 | 성명 | 서명 |
|----|-------|-----|-----|----|-----|----|----|
| 1  | 비클시스템 | 이권희 | 이권희 | 26 |     |    |    |
| 2  | 윈도시스템 | 박양은 | 박양은 | 27 |     |    |    |
| 3  | //    | 윤인태 | 윤인태 | 28 |     |    |    |
| 4  | 1     | 이승연 | 이승연 | 29 |     |    |    |
| 5  |       |     |     | 30 |     |    |    |
| 6  |       |     |     | 31 |     |    |    |
| 7  |       |     |     | 32 |     |    |    |
| 8  |       |     |     | 33 |     |    |    |
| 9  |       |     |     | 34 |     |    |    |
| 10 |       |     |     | 35 |     |    |    |
| 11 |       |     |     | 36 |     |    |    |
| 12 |       |     |     | 37 |     |    |    |
| 13 |       |     |     | 38 |     |    |    |
| 14 |       |     |     | 39 |     |    |    |
| 15 |       |     |     | 40 |     |    |    |
| 16 |       |     |     | 41 |     |    |    |
| 17 |       |     |     | 42 |     |    |    |
| 18 |       |     |     | 43 |     |    |    |
| 19 |       |     |     | 44 |     |    |    |
| 20 |       |     |     | 45 |     |    |    |
| 21 |       |     |     | 46 |     |    |    |
| 22 |       |     |     | 47 |     |    |    |
| 23 |       |     |     | 48 |     |    |    |
| 24 |       |     |     | 49 |     |    |    |
| 25 |       |     |     | 50 |     |    |    |

# 채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

|   |   |    |     |    |           |                   |     |    |     |    |       |    |
|---|---|----|-----|----|-----------|-------------------|-----|----|-----|----|-------|----|
| 소 속   | 용호건설  |    |     |    | 성 명       | 이 승래              |     |    |     |    |       |    |
| 연 락 처   | 010-6220-3299   |    |     |    | 생년월일      | 1973.7.15 (만 51세) |     |    |     |    |       |    |
| 비 상 연 락 처   | (관치계) 010-6313-5506   |    |     |    | 거 주 지     | 충주시 서복구 성성9리 14   |     |    |     |    |       |    |
| 최 근 근 무 처   | PNP   |    |     |    | 직 종 령     | (전공) 분야 / (3)년    |     |    |     |    |       |    |
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부                                       | <input checked="" type="checkbox"/>   |    |     |    | 교 육 실 시 자 | 안전관리자 윤상현 선임 (서명) |     |    |     |    |       |    |
|   | 2024년 09월 21일   |    |     |    |           |                   |     |    |     |    |       |    |
| 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<br>※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 |   |    |     |    |           |                   |     |    |     |    |       |    |
| 교 육 내 용   | 1) 기계·기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항<br>2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항<br>3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항<br>4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항<br>5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항<br>6) 물질안전보건자료에 관한 사항<br>7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항<br>8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항<br>9) 현장 개요·안전보건 규정·현장 상황 등  |    |     |    |           |                   |     |    |     |    |       |    |
| 안 서 전 약   | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다.<br>2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다.<br>3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다.<br>4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다.<br>5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다.<br>6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다.<br>7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다.<br>8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다.<br>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   | 이승래 (서명)  |    |     |    | 이 수 일 자   | 2024년 9월 5일       |     |    |     |    |       |    |

# 건강 문진표

|  |   |                                     |   |  |                                |  |
|--|---|-------------------------------------|---|--|--------------------------------|--|
| 소 속  | 몽양신선관   | 성 명                                 | 이 승래  |  |                                |  |
| 혈액형  | AB  | 혈 압                                 |   |  |                                |  |
| 생 활 습 관  | 술   |                                     |   |  |                                |  |
|  | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다.  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 3회 / 1회 5잔) |  |                                |  |
|  | 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 checked="" type="checkbox"/> 없음 |
|  | <input type="checkbox"/> 당뇨병  | <input type="checkbox"/> 암          | <input type="checkbox"/> 뇌졸중                                | <input type="checkbox"/> 심장병           | ( )                            |  |
| 질환명  |   | 발병년도                                |   | 현재상태                                   |                                |  |
| 일 종 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 정보 수집 이 용 동의서                              | * 개인정보 수집, 이용 목적<br>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 9월 5일                      성명 : 이승래      |   |                                     |   |  |                                |  |

# 채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

|   |   |    |        |    |              |                     |        |    |        |    |        |    |
|---|---|----|--------|----|--------------|---------------------|--------|----|--------|----|--------|----|
| 소 속   | 온온드 시스템   |    |        |    | 성 명          | 박 상은                |        |    |        |    |        |    |
| 연 락 처   | 00-6689-7653  |    |        |    | 생년월일         | 1980111 (만 45세)     |        |    |        |    |        |    |
| 비 상<br>연 락 처  | (국내계) 010-7711-5080   |    |        |    | 거 주 지        | 충주시 석곡로 16길 5       |        |    |        |    |        |    |
| 최 근<br>근 무 처  | P4P   |    |        |    | 직 종<br>경 력   | (전공)분야 / (10)년      |        |    |        |    |        |    |
| 건설업 기초안전보건<br>교육 이수 여부                                    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    |        |    | 교 육<br>실 시 자 | 안전관리자 문성환 상은 (박상은명) |        |    |        |    |        |    |
| 개 인<br>보 호 구  | 안전모   |    | 안전화    |    | 각반           |                     | 안전대    |    | 마스크    |    | 기타( )  |    |
|   | 개인  | 현장 | 개인     | 현장 | 개인           | 현장                  | 개인     | 현장 | 개인     | 현장 | 개인     | 현장 |
| 지 지<br>확 인  | 박상은 서명  |    | 박상은 서명 |    | 박상은 서명       |                     | 박상은 서명 |    | 박상은 서명 |    | 박상은 서명 |    |
| ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우<br>※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 |   |    |        |    |              |                     |        |    |        |    |        |    |
| 교 내<br>교육   | 1) 기계·기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항<br>2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항<br>3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항<br>4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항<br>5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항<br>6) 물질안전보건자료에 관한 사항<br>7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항<br>8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항<br>9) 현장 개요·안전보건 규정·현장 상황 등  |    |        |    |              |                     |        |    |        |    |        |    |
| 안 서<br>전 약  | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다.<br>2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다.<br>3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다.<br>4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다.<br>5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다.<br>6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다.<br>7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다.<br>8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다.<br>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<br>이 수 자  | 박 상은 (박상은)  |    |        |    | 이 수 일 자      | 2024년 9월 5일         |        |    |        |    |        |    |

# 건강 문진표

|  |   |                                     |   |                              |  |  |
|--|---|-------------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 소 속  | 온도산업  | 성 명                                 | 박 상은  |                              |  |  |
| 혈액형  | AB  | 혈 압                                 |   |                              |  |  |
| 생 활 습 관  | 술   |                                     |   |                              |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다.  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 ( ) 회 / 1회 잔) |                              |  |  |
|  | 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 checked="" type="checkbox"/> 없음 |
|  | <input type="checkbox"/> 당뇨병  | <input type="checkbox"/> 암          | <input type="checkbox"/> 뇌졸중                                  | <input type="checkbox"/> 심장병 | ( )                                    |  |
| 질환명  |   | 발병년도                                |   | 현재상태                         |  |  |
| 일 증 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 :  |                                     |   |                              |  |  |
| 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 이 용 동의서                                | * 개인정보 수집, 이용 목적<br>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 9월 5일                      성명 : 박 상은 (박상은) |   |                                     |   |                              |  |  |

# 채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

|   |   |    |     |    |              |                            |     |    |     |    |       |    |
|---|---|----|-----|----|--------------|----------------------------|-----|----|-----|----|-------|----|
| 소 속   | 온오프시스템  |    |     |    | 성 명          | 유인태                        |     |    |     |    |       |    |
| 연 락 처   | 010 4577 4806   |    |     |    | 생년월일         | 670501 (만 58 세)            |     |    |     |    |       |    |
| 비 상<br>연 락 처  | (관외) 010-9570-4806  |    |     |    | 거 주 지        | 충남 천안시 서북구 부대동<br>안터길 43-1 |     |    |     |    |       |    |
| 최 근<br>근 무 처  | PNP   |    |     |    | 직 종<br>경 력   | (전장) 분야 / (30)년            |     |    |     |    |       |    |
| 건설업 기초안전보건<br>교육 이수 여부                                    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    |     |    | 교 육<br>실 시 자 | 안전관리사 문상현 선생(서명)           |     |    |     |    |       |    |
| 개 인<br>보 호<br>구   | 안전모   |    | 안전화 |    | 각반           |                            | 안전대 |    | 마스크 |    | 기타( ) |    |
|   | 개인  | 현장 | 개인  | 현장 | 개인           | 현장                         | 개인  | 현장 | 개인  | 현장 | 개인    | 현장 |
| 지 지<br>확 인  | 서명  |    | 서명  |    | 서명           |                            | 서명  |    | 서명  |    | 서명    |    |
| ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우<br>※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 |   |    |     |    |              |                            |     |    |     |    |       |    |
| 교 내<br>교육   | 1) 기계·기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항<br>2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항<br>3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항<br>4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항<br>5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항<br>6) 물질안전보건자료에 관한 사항<br>7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항<br>8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항<br>9) 현장 개요·안전보건 규정·현장 상황 등  |    |     |    |              |                            |     |    |     |    |       |    |
| 안 서<br>전 약  | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다.<br>2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다.<br>3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다.<br>4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다.<br>5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다.<br>6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다.<br>7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다.<br>8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다.<br>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<br>이 수 자  | 유인태 (서명)  |    |     |    | 이수 일자        | 2024년 9월 5일                |     |    |     |    |       |    |

# 건강 문진표

|  |   |                                |  |                              |                                |                             |
|--|---|--------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 소 속  | 오도프 시스템   | 성 명                            | 유인태  |                              |                                |                             |
| 혈액형  | B   | 혈 압                            |  |                              |                                |                             |
| 생 활 습 관  | 술   |                                |  |                              |                                |                             |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다.   |                                | <input type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 회 / 1회 잔) |                              |                                |                             |
|  | 담배  |                                |  |                              |                                |                             |
|  | <input 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"/> 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 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 type="checkbox"/> 없음   |                                |  |                              |                                |                             |
|  | 작업과 관련하여 통증이나 불편함을 느끼신 적이 있습니까?   |                                |  |                              |                                |                             |
|  | <input type="checkbox"/> 통증   | <input type="checkbox"/> 쓰심    | <input type="checkbox"/> 뻣뻣함                   | <input type="checkbox"/> 무감각 | <input type="checkbox"/> 기타    |                             |
|  | <input type="checkbox"/> 없음   |                                |  |                              |                                |                             |
|  | 호흡기계 증상이 있습니까?  |                                |  |                              |                                |                             |
| <input type="checkbox"/> 가슴이 답답할 때가 있다         | <input type="checkbox"/> 기침과 가래가 많다   |                                | <input type="checkbox"/> 천식                    | <input 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 정 보 수 집 이 용 동의서                            | * 개인정보 수집, 이용 목적<br>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. |   |                                |  |                              |                                |                             |
| 20 >4년 9월 5 일                      성명 : 유인태    |   |                                |  |                              |                                |                             |

# 채용 시 교육 이수 및 보호구 지급 · 지참 확인서

|   |   |    |     |    |           |                     |     |    |     |    |       |    |
|---|---|----|-----|----|-----------|---------------------|-----|----|-----|----|-------|----|
| 소 속   | 비철산업  |    |     |    | 성 명       | 이 한 희               |     |    |     |    |       |    |
| 연 락 처   | 4244. 0430  |    |     |    | 생년월일      | 890430 (만 35세)      |     |    |     |    |       |    |
| 비 상 연 락 처   | (관북) 3536 8293  |    |     |    | 거 주 지     | 경기 용매 곡리오           |     |    |     |    |       |    |
| 최 근 근무 처  | 벡바스카이   |    |     |    | 직 종 경 력   | (스피어전 분야 / ( 10 )년) |     |    |     |    |       |    |
| 건설업 기초안전보건 교육 이수 여부                                       | <input checked="" type="checkbox"/><br>14년 3월 13일   |    |     |    | 교 육 실 시 자 | 안전관리자 문창현 선임 (명)    |     |    |     |    |       |    |
| 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 |
|   | 현   | 서명 | 현   | 서명 | 현         | 서명                  | 서명  | 서명 | 서명  | 서명 | 서명    | 서명 |
| ※ 개인 : 현장 투입 전 직접 개인 보호구를 가져온 경우<br>※ 현장 : 현장에서 직접 지급한 경우 |   |    |     |    |           |                     |     |    |     |    |       |    |
| 교 육 내 용   | 1) 기계 · 기구의 위험성과 작업의 순서 및 동선에 관한 사항<br>2) 작업 개시 전 점검에 관한 사항<br>3) 정리정돈 및 청소에 관한 사항<br>4) 사고 발생 시 긴급조치에 관한 사항<br>5) 산업보건 및 직업병 예방에 관한 사항<br>6) 물질안전보건자료에 관한 사항<br>7) 직무스트레스 예방 및 관리에 관한 사항<br>8) 산업안전보건법령 및 일반관리에 관한 사항<br>9) 현장 개요 · 안전보건 규정 · 현장 상황 등  |    |     |    |           |                     |     |    |     |    |       |    |
| 안 서 전 약   | 1) 현장 내에서 개인보호구를 올바르게 착용하고 수시 점검하며 청결하게 관리하겠습니다.<br>2) 작업 전/중/후 정리정돈을 실시하여 안전하고 쾌적한 작업 환경을 유지하겠습니다.<br>3) 현장 내 지정 통로 및 작업 구역 외 임의 출입하지 않겠습니다.<br>4) 현장 내 음주, 도박, 폭행, 지정 장소 외 흡연 등을 하지 않겠습니다.<br>5) 공도구, 장비, 건설기계 등 사전 감독자의 허가를 득한 후 목적에 적합하게 사용하겠습니다.<br>6) 화기 작업 시 가연물 제거 및 소화기 비치, 불티비산 방지 조치를 철저히 하겠습니다.<br>7) 가설전기는 임의 사용하지 않으며, 사용 후 전원차단 및 시건장치 조치를 철저히 하겠습니다.<br>8) 작업 전 불안정한 상태 발견 시 관리자에 보고하고, 제거 후 안전한 상태에서 작업하겠습니다.<br>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   | 이 한 희 (서명)  |    |     |    | 이수 일자     | 24년 9월 5일           |     |    |     |    |       |    |



# 건강 문진표

|   |   |  |   |  |                                |  |
|---|---|--|---|--|--------------------------------|--|
| 소 속   | 비공생   | 성 명                                    | 이권리   |  |                                |  |
| 혈액형   | O형  | 혈 압                                    |   |  |                                |  |
| 생 활 관   | 술   |  |   |  |                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> 술을 마시지 않는다.  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 술을 마신다 (일주일 2회 / 1회 7잔) |  |                                |  |
|   | 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 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                                  | 80 미만   | 80 ~ 89                                | 90 ~ 99                        | 100 이상                                 |
|   | 수축기 혈압  | 120 미만                                 | 120 ~ 129   | 130 ~ 139                              | 140 ~ 159                      | 160 이상                                 |
| 개 인 정보 수집 이용 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 9월 5일   |   |  | 성명 : 이권리 (서명)   |  |                                |  |