QAC-TB08-表-01

项目编号：_____

职业健康安全管理体系相关信息及要求（申请方填写）

1．申请方名称：_____

2．申请方职业健康安全管理体系开始实施日期：_____年___月___日

3．申请认证的范围：（区域、产品活动）：_____

_____

3．职业健康安全管理体系覆盖人数如与基本信息中数据不同，请注明：_____

_____

5．职业健康安全管理联系人信息如与基本信息中不一致，请填写：

联系人	姓名	部门及职务	电话	手机	电子邮箱

6．申请方涉及的业务外包过程：_____

7．近两年内是否发生过重大安全事故？

☐否　☐是　　具体情况明：_____

8．是否聘请过咨询机构来指导建立职业健康安全管理体系？

☐否　☐是　　咨询机构名称及咨询人员姓名：_____

.

9．是否已获得其他认证机构颁发的职业健康安全管理体系认证证书？

☐否　☐是（请附证书复印件）　原颁证机构名称：_____

证书处于下列哪种状态？　☐有效　☐暂停　☐撤销

10．希望在什么时候进行认证审核？　　_____年____月_____旬

11．其他要求：

随申请书提供下列资料

1．《企业营业执照》、《组织机构代码证》等申请组织法律地位证明文件的复印件以及行业内有强制性要求的资质证书或许可证复印件。

2．根据规定提供以下文件：

☐ 现行有效版本的职业健康安全管理体系文件；

☐ 危险源清单；

☐ 与安全相关的许可文件：如安全评价批复报告（适用时）、“三同时”验收报告；

☐ 职业健康安全管理体系运行中所应遵守的法律、法规文件清单。

3．认证机构要求时，请提供重点危险场所布置图。

4．申请组织的《**管理体系认证业务覆盖范围内常设多场所清单**》（如有）。

5．认证机构要求补充提供的其他材料。

申请方公章：

年　　月　　日

评审内容（认证机构填写）

- **对认证基本要求的核实**

本人已核实申请方所有资料的真实性，确认申请方与认证机构在理解上的差异已解决，申请方对认证的各项要求已明确理解，认证机构可满足申请方的认证时间要求，决定受理认证申请。

该申请方☐是 ☐否（若否，需具备下述条件）需进行一阶段现场审核。

☐已获得转机构申请批准并按再认证受理

合同员：　　年　　月　　日

- **认证申请评审**

1．申请资料和内容齐全有效 ？　☐是　　☐否
2．认证业务范围描述是否准确？ ☐是　　☐否，建议修改为：_____
_____
3．建议认证业务范围涉及的专业代码：_____
4．风险等级：　低风险☐　　中风险☐　　高风险☐
5．是否已明确了组织活动范围内的重要的危险和有害因素？☐是　☐否
6．是否是多体系结合审核：　☐是　　☐否
7．审核人日数：初审_____人日　　监督_____ 人日

负责人：　　年　　月　　日

- **评审确认意见**

1．审核人日数确认：初审_____人日　　监督_____ 人日
2．认证业务范围确认：　☐是　　☐否，修改意见：_____
3．　专业代码确认：_____
_____
4．风险等级确认：　低风险☐　　中风险☐　　高风险☐
5．一阶段是否需要实施现场认证审核确认：　☐是 ☐否
6．评审结论：　☐受理　　☐不受理

中心审核项目管理人员：　　年　　月　　日