

附件一

職業安全衛生管理系統績效審查申請表

單位名稱			單位類別	<input type="checkbox"/> 事業單位 <input type="checkbox"/> 總機構					
申請類別	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 前經審查(認可)通過有效期間屆滿日四十五日至六十日前再申請								
單位地址									
負責人			統一編號						
行業別			勞工保險 證字號						
資本額	元		年營業額	元					
勞工人數	男	人，	女	人，	計	人	承攬人 勞工人數		人
從事特別危害健康 作業勞工人數	男	人，	女	人，	計	人			
職業安全衛生管 理單位主管	姓名：		職稱：		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 非專職				
職業災害統計 (不含上、下班 交通災害)	年						三 年		
	項目	年	年	年	年				
	傷害嚴重率								
	傷害頻率								
	總合傷害指數								
申請單位為總機構者，應填報全事業(含各地區事業單位)之前三年(不含提出申請當年度)職業災害內容及統計。									
申請單位現行組 織系統圖	※需詳列職業安全衛生管理單位所屬各階單位及員額。 ※需詳列從事製造之一級單位員額及其依法應置之職業安全衛生人員(若為總機構則免列)。								
檢附相關文件資 料(上傳申請平 台)	<input type="checkbox"/> 目的事業主管機關核准設立或登記證明文件。								
	<input type="checkbox"/> 有效之職業安全衛生管理系統驗證證書(有效期限距離申請日尚在六個月以上)。 證書編號：_____ 有效期限：_____年____月____日								
	<input type="checkbox"/> 職業安全衛生管理單位(人員)設置(變更)報備書影本。								
	<input type="checkbox"/> 勞動檢查機構備查資料登錄訊息。								
	<input type="checkbox"/> 前次核發之績效審查(認可)通過公文。								

申請單位連絡人	姓名		職稱		部門	
	電話			傳真		
	e-mail					

謹填具以上資料，並檢具切結聲明書及相關文件等，申請職業安全衛生管理系統績效審查。

此致

(職業安全衛生管理系統審查作業機構)

申請單位名稱： (用印)

負責人： (用印)

中 華 民 國 年 月 日

切 結 聲 明 書

(填列申請單位名稱)申請職業安全衛生管理系統績效審查，所檢附之相關文件，及工作場所(含承攬人及再承攬人)於審查申請期間及前三年度，未曾發生職業安全衛生法第三十七條第二項第一款、第二款之職業災害情形，且近三年總合傷害指數為同行業(本部公告前三年總合傷害指數之行業分類)二分之一或全產業四分之一以下，均完全屬實。以上如有捏造、竄改或虛偽不實之情形，經審定之效力自始無效，並負法律責任，本單位絕無異議。

申請單位名稱： (用印)

負責人： (用印)

地址：

聯絡電話：

統一編號：

中 華 民 國 年 月 日