

本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

格式一

勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務 資格審查申請表

※收件序號：			
收件時間： 年 月 日 時 分			
事業單位基本資料	事業單位全銜		
	縣市別	登記地址	
		通訊地址	
	負責人		勞工保險證號
	行業別		統一編號
	危害風險類別	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類	
	勞工人數	勞工保險投保人數____人 從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)	
	聯絡人/職稱		E-Mail
	聯絡電話		傳真
事業單位切結書	茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛假情事者，願負一切法律責任，絕無異議。		
	事業單位名稱：	(蓋印)	
	負責人：	(蓋印)	
申請日期：中華民國 年 月 日			
※審核情形	審核結果：		
	※ <input type="checkbox"/> 資料齊全		
	※ <input type="checkbox"/> 資料不齊，通知補件時間 月 日 時 分 ()符合條件 ()不符合條件，理由： <hr/>		
※審核單位及人員：(簽章)			

備註：

- 1.本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上填報，列印紙本完成用印後，掃描申請表電子檔上傳至系統。
- 2.事業危害風險分類:指職業安全衛生管理辦法第2條及其附表所定之事業。
- 3.※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。