

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<br>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         | <b>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。</b>                                                               |                                                                                        |        |        |
|                 | 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<br>※ <input type="checkbox"/> 資料不齊，通知補件時間 月 日 時 分<br>( )符合條件<br>( )不符合條件，理由： |                                                                                        |        |        |
|                 | ※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。