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

<table>
<tr><td colspan="6">※收件序號：
收件時間：　年　月　日　時　分</td></tr>
<tr><td rowspan="8">事業單位基本資料</td><td>事業單位全銜</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">縣市別</td><td rowspan="2"></td><td>登記地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通訊地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>負責人</td><td colspan="2"></td><td>勞工保險證號</td><td></td></tr>
<tr><td>行業別</td><td colspan="2"></td><td>統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>危害風險類別</td><td colspan="4">□第一類　□第二類　□第三類</td></tr>
<tr><td>勞工人數</td><td colspan="4">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)</td></tr>
<tr><td>聯絡人/職稱</td><td colspan="2"></td><td>E-Mail</td><td></td></tr>
<tr><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td><td>傳真</td><td></td></tr>
<tr><td>事業單位切結書</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>※審核情形</td><td colspan="5">審核結果：
※□資料齊全
※□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：

※審核單位及人員：(簽章)</td></tr>
</table>

備註:

1.**請至補助系統線上填報，列印紙本完成用印，掃描申請表 PDF 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。