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	□第一類　□第二類　□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： ※□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)				

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。