

附件 4

用人单位职业病危害综合风险评估报告 (模板)

单位名称：_____

单位注册地址：_____

工作场所地址：_____

法定代表人或主要负责人：_____ 联系电话：_____

填 表 人：_____ 联系电话：_____

填表日期：_____年_____月_____日

| | | | | | | | |
|--|---|-----------|-----------------------|-------------|---------|------|--|
| 单位名称 | | | 组织机构代码 (或统一社会信用代码) | | | | |
| 单位注册地址 | | | | | | | |
| 工作场所地址 | | | | | | | |
| 单位规模 | 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 微 <input type="checkbox"/> | | 行业分类 | | | | |
| 上级单位 | | | 注册类型 | | | | |
| 法定代表人 | | | 联系电话 | | | | |
| 职业卫生管理机构 | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | 职业卫生管理人数 | 专职 | 兼职 | | |
| 职工总人数 (含劳务派遣等) | 接触职业病危害总人数 (含劳务派遣等) | | 职业卫生管理人数 | | 职业病累计人数 | 目前在岗 | |
| | | | | | | 历年累计 | |
| 职业健康检查人数 (含劳务派遣等) | 在岗 | 应检 | 在岗 | 应检 | 离岗 | 应检 | |
| | | 实检 | | 实检 | | 实检 | |
| 主要职业病危害因素 | | | | | | | |
| 职业病危害接触水平 | 一般职业病危害因素 | 不符合人数 | | 符合人数 | | | |
| | 严重职业病危害因素 | 不符合人数 | | 符合人数 | | | |
| 职业卫生管理状况等级 | | 职业病危害风险等级 | | 职业病危害综合风险类别 | | | |
| 本次评估情况概述 | | | | | | | |
| (主要包括单位职业病防治工作概况、综合风险评估过程、存在问题及改正措施方案等情况。) | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 自查和评估人员签字： 日期： 年 月 日 | 法定代表人或主要负责人签字： 日期： 年 月 日 |
| 用人单位盖章： 内容真实、准确、有效。如有不实，本单位愿意承担由此产生的一切法律责任。 日期： 年 月 日 | |