附件3

用人单位落实职业病防治责任自查

及风险评估报告（模板）

单位名称：

单位注册地址：

工作场所地址：

法定代表人： 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□   中□  小□  微□ | | | | | 行业分类 | |  | | | |
| 上属单位  (或主管) |  | | | | | 注册类型 | |  | | | |
| 法定代表人 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 职业卫生  管理机构 | 有□ 无□ | | | | | 职业卫生  管理人数 | | 专职 | | |  |
| 兼职 | | |  |
| 劳动者  总人数  （含外委） |  | | 接触职业病  危害总人数  （含外委） |  | | 职业病  累计人数 | | 目前在岗 | | |  |
| 历年累计 | | |  |
| 职业健康  检查人数  （含外委） | 上岗 | 应检 |  | 在岗 | 应检 |  | | 离岗 | 应检 | |  |
| 实检 |  | 实检 |  | | 实检 | |  |
| 职业病  危害因素  （按类填写具体危害因素） | 粉尘类 | |  | | | | | 接触人数 | | |  |
| 化学物质类 | |  | | | | | 接触人数 | | |  |
| 物理因素类 | |  | | | | | 接触人数 | | |  |
| 生物因素类 | |  | | | | | 接触人数 | | |  |
| 放射性物质类 | |  | | | | | 接触人数 | | |  |
| 职业病危害  接触水平 | 一般职业病  危害因素 | | 超标人数 |  | | | 不超标人数 | | |  | |
| 严重职业病  危害因素 | | 超标人数 |  | | | 不超标人数 | | |  | |
| 职业健康管理状况等级 |  | | 职业病危害  暴露风险等级 | | |  | | 职业病危害  综合风险类别 | | |  |
| 一、情况概述 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 二、发现问题 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 三、整改情况 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 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：  此材料内容均真实、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 | | | | | | | | | | | |