



## 认证申请书

申请方名称： | |

申请认证类型：初次认证 再认证 转换认证

### 中准联合认证服务(河南)有限公司

地址：河南省郑州市金水区南阳路街道南阳路15号院南1-2楼3层1号

电话：0371-65349001

邮箱：zhzhlh@qq.com

网站：www.zhzhlh.cn

邮编：450000

申请方名称			
注册地址		邮编	
经营/通讯地址		邮编	
法人代表	统一社会信用代码	注册资本	
最高管理者 (总经理)	手机	固定电话 (传真)	
申请方代表	手机	电子邮箱	
申请联系人	手机	职务	
认证标准	<input type="checkbox"/> 质量管理体系 GB/T 19001-2016/ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> 环境管理体系 GB/T 24001-2016/ISO 14001:2015 <input type="checkbox"/> 职业健康安全管理体系 GB/T 45001-2020/ISO 45001:2018		
申请认证范围	申请认证范围: <u>Q: _____</u> <u>E: 相关的环境管理活动</u> <u>S: 相关的职业健康安全管理体系活动</u> 。 注: 最终的审核范围以申请评审岗评审后给申请组织的 ZHZHLH-JL-115《受理/不受理申请通知书》为准。		
体系覆盖有效人数	认证范围内, 固定有效人数: _____, 其中从事相似和重复工作的人数: _____, 临时有效人数 _____, 兼职人数 _____, 兼职每天工作时间小时 _____, 倒班工作的员工数 _____, 每班的时间安排 _____。 认证范围内, 可能影响组织的 OHSMS 绩效, 在组织控制下或受组织影响下, (1) 在组织场所内, 来自承包商/分包商人数或次级承包商、外包等的工作人员或开展工作相关活动的人员人数: _____; 涉及的过程或活动 _____ (如维护、施工、安保、清洁、会计、顾问或专家等活动); (2) 组织场所外的工作人员, 活动类型 _____, 人数: _____。 (注: 体系内人数指工作活动在管理体系所覆盖的认证范围内的所有人员, 包括非长期(季节性的、临时的和分包的)雇员, 非长期雇员等特殊用人情况可另附说明)		
审核需求	希望认证审核时间是: _____; 能否安排在周六、周日或节假日审核: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否;		
经营情况	申请方近两年内是否发生重大质量/环境/职业健康安全事故, <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 如选择“是”请简述事故发生及处置情况(另附页); 是否纳入质量信用严重失信企业名单 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		





# 多场所清单

适用类型: (初审 第\_\_\_\_\_次监督 再认证)

受审核方(盖章):

序号	场所名称	产品/服务/活动范围	地址	与总部关系 (及管理体系 职能)	与总部 距离 (KM)	联系人	电话	总人数	有效 人数	是否要 求颁发 子证书
1										
2										
3										

注: (1)所有分场所应与总部具有法律或合同联系, 并有共同的管理体系。该管理体系应由总部建立, 并由总部对其进行持续的监督和内部审核。总部有权要求各场所在必要时采取纠正措施。

(2)有效人数: 是指管理体系覆盖范围内从事该活动的人数(应包括临时工/季节工/审核时在场的分包人员)。