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□   中□  小□  微□ | 行业分类 |  |
| 上属单位 |  | 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 |  |
| 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） | 上岗 | 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 |