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 | | | | | | | | | | | |