



調査票 1 (QMS・EMS・OHSMS 見積用) 本紙に基づき見積書を発行いたします

送付先メールアドレス：

isa@isa-cb.co.jp

FAX : 052-582-3668

TEL : 052-582-3666

①	貴社名	ふりがな： 組織名：
②	貴社代表所在地	〒 所在地：
③	貴社法人代表氏名/ 役職	ふりがな： 役 職
		氏名：

該当項目をご記入いただき、上記へ FAX 又はメールにてご送付ください。

該当する□にチェック☑を、空欄に文字を入れてください。

④	対象マネジメントシステム	<input type="checkbox"/> 品質 (ISO9001 : 2015) ※設計開発 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 環境 (ISO14001 : 2015)	<input type="checkbox"/> 労働安全衛生 (ISO45001 : 2018)	
⑤	認証の状況	<input type="checkbox"/> 新たに認証を取得したい	① 取得希望年月： _____ 年 _____ 月頃 ② 取得理由： _____		
		<input type="checkbox"/> 審査機関を変更したい	① 現認証機関による最後の審査年月： _____ 年 _____ 月の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証 (更新) 審査 ② 国際システム審査で初めて審査を受審する時期 (例年を参考に)： _____ 年 _____ 月頃の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証 (更新) 審査 から ③ 初回認証取得年月日： _____ 年 _____ 月初回認証取得 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ④ 現在の維持審査方式 <input type="checkbox"/> 年 1 回方式 / <input type="checkbox"/> 年 2 回方式 ⑤ 現認証機関から指摘された問題点 (不適合など) は <input type="checkbox"/> 解決済みである / <input type="checkbox"/> 未解決である 【登録証写し提供のお願い】 現在の認証登録証の写しを提出ください。		
⑥	適用業務	【初回認証申し込みの組織様へ】 認証登録の適用を受けようとする組織で実施している業務について、文章で表現してください。 例えば、製造業の場合「〇〇製品の設計及び製造」、商社の場合「〇〇の販売」など、貴組織が生業としている事業を記載願います。 〇〇には、具体的な商品名は避け、一般名を記載してください。 ご不明な点があれば、是非お気軽にお問合せください。HP などを参考に弊社からご提案することも可能です。 【審査機関変更の申し込みの組織様へ】 現在の認証登録証に記載の、登録範囲 (スコープ) を記載願います。			

⑦ 審査対象事業所の状況					
事業所名 1	事業所名:		対象人数内訳	常勤	名
	シフト制の導入 ^{※2} : 口有 / 口無			臨時及び非常勤 (パート・アルバイト)	名
	郵便番号:	電話番号:		請負(派遣)	名
	所在地:			季節要員(繁忙期)	名
	最寄り駅:			事業所合計人数 OHSMS では、臨時未熟練要員は労働安全衛生リスク源になり得るため、除外できません	名
主業務	事業所が担う業務内容: <input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 2	事業所名:		対象人数内訳	常勤	名
	シフト制の導入 ^{※2} : 口有 / 口無			臨時及び非常勤 (パート・アルバイト)	名
	郵便番号:	電話番号:		請負(派遣)	名
	所在地:			季節要員(繁忙期)	名
	最寄り駅:			事業所合計人数 OHSMS では、臨時未熟練要員は労働安全衛生リスク源になり得るため、除外できません	名
主業務	事業所が担う業務内容: <input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 3	事業所名:		対象人数内訳	常勤	名
	シフト制の導入 ^{※2} : 口有 / 口無			臨時及び非常勤 (パート・アルバイト)	名
	郵便番号:	電話番号:		請負(派遣)	名
	所在地:			季節要員(繁忙期)	名
	最寄り駅:			事業所合計人数 OHSMS では、臨時未熟練要員は労働安全衛生リスク源になり得るため、除外できません	名
主業務	事業所が担う業務内容: <input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				

※1: 事業所ごとに、上記の情報をご記入ください。例えば、倉庫や資材置場のよう、公道を挟み2か所に分かれている場合、独立した1事業所として、記入してください。

※2: 交代勤務(シフト制)のある場合には、別紙ご用意の上、交代勤務毎の人数と稼働時間をお知らせ下さい。

※3: マネジメントシステムの中央機能として、システムの文書化及びシステムの変更、マネジメントレビュー、苦情、是正処置の評価、内部監査計画の策定及び結果の評価、適用規格に関する法令及び規制要求事項に責任を持つ役割を果たす事業所を1つ選択してください。

※4: 有効要員数とは、マネジメントシステムの中で働く要員の人数です。パートタイマーの方は、勤務時間換算で、フルタイムと比較し、何人分に相当するのか、計算してください。



延べ 660 人の下請負者が稼働していた場合、1つの現場の1日の平均下請負者人数は、 $660 \div 22 \div 10 = 3$ で、「3名」と回答してください。

【労働安全衛生の認証制度上の要求事項の合意】

- ① 労働安全衛生上における重篤なインシデントの発生（例：休業4日以上、または、死傷者が発生した場合等）又は規制違反が発生した場合、遅滞なく ISA に報告することに同意します。
- ② 所轄の規制当局の関与とは独立して、ISA が、上記①に関する情報を知ることとなった場合、マネジメントシステムが損なわれず、有効に機能していたか否かを調査するために、特別審査^{※1}が実施され得ることに同意します。
※1：認証実施規定 7.2 参照
- ③ 以下に関する情報は、当社マネジメントシステムが認証要求事項を満たすことに深刻な不具合があると ISA が判断する場合、認証の一時停止又は取消しを含む処置を取ることを決定する根拠を ISA に提供することに同意します。

対象の情報

- ・ 上記①に関する情報
 - ・ 特別審査によって ISA が直接収集した情報
 - ・ 所轄の規制当局の関与が必要となる、重大な事故（例：休業4日以上であり、死傷者が発生した場合等）又は重大な規制違反といったインシデントに関する情報
- ④ 当社の施設及び作業領域が閉鎖対象となった場合であっても、例えば、当社の適切な保守及び監視活動の欠如によって、一般市民に適用される新たなリスクが発生し得ると理解し、マネジメントシステムを継続させ、OHSMS 規格要求事項を満たすこととし、審査対象となることに同意します。審査によって、マネジメントシステムが効果的に実施されていないとされた場合、認証を一時停止することに同意します。

組織代表者署名 _____