

國立政治大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

(建議由職業安全衛生人員會同勞工健康服務醫護人員填寫) 109.10 修訂

一、作業場所基本資料
部門名稱： 作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：
二、作業場所危害類型
危害特性評估概況： <input type="checkbox"/> 物理性危害： _____ <input type="checkbox"/> 化學性危害： _____ <input type="checkbox"/> 生物性危害： _____ <input type="checkbox"/> 人因性危害： _____ <input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____
三、風險等級
<input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理
四、改善及管理措施
1.工程控制 <input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明： _____ <input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明： _____ <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： _____ 2.行政管理 <input type="checkbox"/> 工時調整，請敘明： _____ <input type="checkbox"/> 職務或工作調整，請敘明： _____ <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： _____ 3.使用防護具，請敘明： _____ 4.其他採行措施，請敘明： _____
五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）
<input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫師，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務護理人員，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱 _____，職稱 _____，簽名 _____ 執行日期： ____年__月__日