|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 场所人数  （含外包劳务人数时应单独注明） | 场所范围  （产品、活动/过程服务） | 地址（省市县）  /邮编联系人/电话 | 作业班次  （包含是否有夜班作业）/每日上班时间、下班时间 | 施工状态  （在施、停工、交付、验收）  /合同工期（开、竣工时  间） | 结构类型/ 承包类型  （工程总承包、专业承包）  注：本项仅适用于建设工程 | 主要交通工具及所需时间(总部至该场所) |
| 1 | 无极县医院迁建项目 | 11人 | 建筑工程施工总承包一级 | 河北省石家庄市无极县/050000/陈主任/15831114479 | 8:00-17:00 | 验收(2022-2-15-2022--6-08) | 工程总承包 | 开车/50分钟 |
| 2 | 北京高博医院项目辐射防护工程项目 | 8人 | 建筑工程施工总承包一级 | 北京市昌平区史各庄街道生命科学园玉河南路高博医院/100010/杨锡鹤/15910830277 | 8:00-17:00 | 在施  （2022-03-28开始施工） | 工程总承包 | 开车/210分钟 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、交付和验收项目只覆盖两年以内的工程项目；

2、申请方应如实填写本表。如有漏报项目，应在现场审核一个月之前及时向本公司补报，否则一旦我公司确认漏报项目已影响到审核结论的客观性、有效性将保留采取补充审核、暂停、撤销认证证书等措施的权利；

3、本表复印有效。单位授权人： 单位：石家庄居里辐射防护有限公司（单位盖章）