**审核方案策划表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **组织名称** | | | 泉州市爱乐卫生用品有限公司 | | | | **认证合同号** | | | | | | **0567-2019-E** | | | |
| **注册地址** | | | 南安市美林镇梅亭工业区梅亭村 | | | | **法定代表人** | | | 黄金表 | | | **固定电话** | |  | |
| **手机** | |  | |
| **经营地址** | | | 南安市美林镇梅亭工业区梅亭村355-1 | | | | **联系人** | | | 黄文进 | | | **固定电话** | | 0595-6276298 | |
| **手机** | | 18750668880 | |
| **生产地址** | | |  | | | | **联系人** | | |  | | | **固定电话** | |  | |
| **手机** | |  | |
| **认证领域** | | | **□质量管理体系 ■环境管理体系 □职业健康安全管理体系** | | | | | | | | | | | | | |
| **依据标准** | | | **E：GB/T 24001-2016idtISO 14001:2015** | | | | | | | | | | | | | |
| **认证范围** | | | **QMS:**  **EMS:** 纸尿裤的销售所涉及的相关环境管理活动  **OHSMS:** | | | | | | | | | | | | | |
| **是否在**  **认可范围** | | | **QMS:** **□是 □否**  **EMS: □是 ■否**  **OHSMS: □是 □否** | | **不适用条款** | | | **\_** | | | **专业代码** | | | | **29.12.00** | |
| **QMS风险等级** | | |  | | **EMS****风险等级** | | | **三级** | | | **OHSMS风险等级** | | | | **级** | |
| **是否存在**  **多场所** | | | **■不存在**  **□存在（见多场所清单）** | | | | | | | | **体系结合度**  **（结合审核时填写）** | | | | **□两体系结合：100%**  **□三体系结合:100%** | |
| **多场所抽**  **样及说明** | | | **个，理由：** | | | | | | | | | | | | | |
| **是否存在**  **临时场所** | | | **■不存在**  **□存在：个** | **是否存在外包**  **过程及活动** | | **■否**  **□是** | | | **组织雇员数量** | | | **15人** | | **体系范围内覆盖人数** | | **15人** |
| **审核人日的确定：**  **1、基准审核人日数为： QMS: 人/日 EMS: 3人/日 OHSMS: 人/日**  **２、考虑增减因素后确定的审核人日数：**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **人日**  **体系** | **增加人日** | **增加理由** | **减少人日** | **减少理由** | **增减后总人日** | | **QMS** |  |  |  |  |  | | **EMS** |  |  |  |  |  | | **OHSMS** |  |  |  |  |  | | **合计（T）** |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第一阶段**  **审核方式**  **说明** | | | **□第一阶段非现场审核，第二阶段现场审核。**  **■第一阶段现场审核，整改后安排第二阶段现场审核。**  **理由：**  **□组织产品/服务技术复杂程度低、过程简单、风险较低的质量管理体系认证组织。**  **■通过合同评审和认证风险评估以及与受审组织沟通，能够达到一阶段审核的目的和要求。**  **□受审核组织曾获其他认证机构同领域的认证证书，且通过合同评审确其管理体系运行成熟。**  **□受审组织曾获公司其他管理体系认证证书，且通过合同评审能够确定审核范围和二阶段的**  **关注点。**  **□公司的再认证组织，且组织机构、管理体系及其运作环境未发生变化。**  **□受审组织产品/服务技术特征和过程复杂，属于认证风险较大的质量管理体系认证。**  **□受审组织申请环境管理体系或职业健康安全管理体系认证。**  **□公司的再认证组织，且组织机构、管理体系及其运行方式发生重大变化。**  **□其它理由：**  **合同评审人员/日期：骆海燕 2019.11.5** | | | | | | | | | | | | | |
| **结合审核人日数的确定：**  **受审核方管理体系结合程度系数按照CC106公式****：，**    **审核组能力结合程度系数为 ( )**  **现场审核人日： 人日**  **其中：一阶段 人日；二阶段 人日**  **非现场审核人日：人日。总审核人日： 人日**  **注1：审核总人日包括现场和非现场审核，非现场审核人日不应超过审核总人日的20%。非现场包括：文件审核、计划、不符合验证及报告编制等工作。**  **注2：一阶段审核时间一般情况不超过总人日数的1/3；特殊情况需进行调整时，应在审核方案中进行说明。**  **审核方案人员签名/日期：张敏 2019.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.初审一阶段审核方案** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核方案**  **说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）**  **2审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.初审二阶段审核方案** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明** | | **认证范围、专业代码、不适用条款、体系覆盖人数、人日数、多场所抽样的变化：**  **无**  **合同评审人: 张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核方案**  **说明** | | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）**  **2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员**  **审核方案管理人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.第一次监督审核方案** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核人日数** | | **：**    **审核组能力结合程度系数为 (% )**  **现场审核人日：**  **总审核人日：1人日** | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否涉及**  **特殊审核** | | **□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及**  **注：** | | | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明** | | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：**  **合同评审人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **多场所抽样说明** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核方案**  **说明** | | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）**  **2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员**  **审核方案管理人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.第二次监督审核方案** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核人日数** | | **：，**    **审核组能力结合程度系数为 ( % )**  **现场审核人日：**  **总审核人日：1人日** | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否涉及**  **特殊审核** | | **□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及**  **注：** | | | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明** | | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：**  **合同评审人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **多场所抽样说明** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核方案**  **说明** | | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法： 委派技术专家 □调整审核人日（）**  **2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员**  **审核方案管理人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.再认证审核方案** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核人日数** | | **：，**    **审核组能力结合程度系数为 ( % )**  **现场审核人日**  **总审核人日：2人日** | | | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明** | | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：**  **合同评审人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |
| **多场所抽样说明** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核方案**  **说明** | | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）**  **2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员**  **审核方案管理人员/日期：张敏** | | | | | | | | | | | | | | |