**申请评审及审核方案策划表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **组织名称** | | | | | 浙江科艺特种管业有限公司 | | | | **合同编号** | | | 2025050039 |
| **注册地址** | | | | | 浙江省丽水市松阳县西屏街道瑞阳大道312号5号厂房 | | | | | | | |
| **生产经营地址** | | | | | 浙江省丽水市松阳县西屏街道瑞阳大道312号5号厂房 | | | | | | | |
| **多场所地址（适用时）** | | | | | 无 | | | | | | | |
| **认证类型** | | | | | E:初审,Q:初审,O:初审 | | | | | | | |
| **申**  **请**  **评**  **审** | **1、申请评审类别：**E:CNAS,Q:CNAS,O:CNAS | | | | | | | | | | | |
| **2、审核依据标准：**  E:GB/T 24001-2016/ISO14001:2015  Q:GB/T19001-2016/ISO9001:2015  O:GB/T45001-2020 / ISO45001：2018  □专项技术规范 | | | | | | | | | | | |
| **3、拟认证范围：**  环境管理体系:无缝钢管生产所涉及场所的相关环境管理活动  质量管理体系:无缝钢管生产  职业健康安全管理体系:无缝钢管生产所涉及场所的相关职业健康安全管理活动 | | | | | | | | | | | |
| **4、专业代码 ：** | | | | | | | | | | | |
| 体系 | | | | | | 专业代码 | | | | 风险等级 | |
| 环境管理体系 | | | | | | 17.02.00 | | | | 中风险 | |
| 质量管理体系 | | | | | | 17.02.00 | | | | 中风险 | |
| 职业健康安全管理体系 | | | | | | 17.02.00 | | | | 中风险 | |
| 认证范围中有多个产品/服务，且对应不同专业代码时，请标注对应关系，对应如下： | | | | | | | | | | | |
| **5、受审核方提供的申请书相关资料是否齐全有效：**🗹是🞏否：说明： | | | | | | | | | | | |
| **6、确定企业总人数：**30人；**有效员工人数：**E:30,Q:30,O:30  若存在倒班人数折减，则按公示记录确定有效员工人数的计算过程：  参与倒班人数/（参与倒班班次-1）+不倒班人数=/（-1）+ **=人** | | | | | | | | | | | |
| **7、固定多场所 0 个，是否涉及抽样🞎否，🞏是：抽样个数及理由：**  **临时场所 0 个，是否涉及抽样🞎否，🞏是：抽样个数及理由：** | | | | | | | | | | | |
| **8、QMS体系有无不适用条款**：☑无 □有 ，如有，不适用理由为：  **体系是否存在外包：**☑无 □有： | | | | | | | | | | | |
| **9、确定管理体系**  **审核时间** | | | | | 基准审核时间 | | 初审 | | E:5.5,Q:4.0,O:5.5 | | |
| 监审 | | 5.00 | | |
| 再认证 | | 10.0 | | |
| 调整后审核时间 | | 初审/再认证 | | 12.0/8.0 | | |
| 增减人天数的理由说明及计算过程：  增加理由：  减少理由：E:生产过程简单，减少20%, 减少人日：1.1,Q:生产过程简单，减少20%, 减少人日：0.8,O:生产过程简单，减少20%, 减少人日：1.1 | | | | |
| **10、再认证绩效评价**  组织的名称、地址、人数、体系情况及认证范围是否发生变化：🞎 否 🞏是 ， 如选择此项，请详细描述变化  情况：  审核实施情况：  1）上一个认证周期中是否按要求监督审核：🞎 是 🞎否  2）上一个认证周期审核中的不符合项是否已验证：🞎 是 🞎否  3）证书有效期内有无被暂停：🞎 无 🞎有  4）重大变更事宜：🞎无 🞎有，具体：  5）重大质量/环境/安全事故、媒体曝光、投诉事件：🞎无 🞎有，具体：  结论：  获证方管理体系作为一个整体能够保持持续有效；🞎 是 🞏否，说明：  评价人：李永忠 评价日期： | | | | | | | | | | | |
| **11、转机构项目信息**  是否需要转机构备案：□是 ☑否 | | | | | | | | | | | |
| **12、一阶段是否实施现场审核：**是，如选择此项，请记录完整理由：  1） 属于 QMS低风险 、EMS低风险 、OHSMS低风险的企业，且过程活动简单、产品种类单一的企业；  2） 50 人（含）以下，单一场所的企业。 | | | | | | | | | | | |
| **13、是否存在对审核公正性的威胁：■否 □是**，如选择此项，处理措施是： | | | | | | | | | | | |
| **14、结论**  ■可以受理 □不予受理，理由：  专业支持人员：杨珍全 评审人员：李永忠 日期：2025年05月14日 | | | | | | | | | | | |
| **审核时间** | **初次/**  **再认**  **证审**  **核时**  **间** | 管理体系认证审核时间（现场审核时间）：12\*80%=9.6人日（TΣX 80% ）  一体化管理体系审核时间确定过程：9.6\*80%=7.68≈7.5  多场所组织组织信息：  [多场所地址]  管理体系认证审核时间（现场审核时间）增加: 人日  距离较近，故不增加路途时间 | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明(适用时)** | 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：（若有变化，涉及审核人日变更，需在此注明审核人日）  评审人员： 日期： | | | | | | | | | | | |
| **审**  **核**  **方**  **案**  **初**  **步**  **策**  **划** | 是否季节性生产：■否 □是，如选择此项，请记录生产季： | | | | | | | | | | | |
| 是否存在轮班情况：■否 □是，如选择此项，请记录具体轮班情况： | | | | | | | | | | | |
| **方案策划** | | | **审核类型** | | | | **拟定日期** | | **拟定人日** | | |
| **初审/再认证审核时间及审核方案初步策划** | | | 一阶段 | | | | 2025.5 | | 0.5 | | |
| 二阶段 | | | | 2025.5 | | 7.2 | | |
| **年度监督现场审核时间及审核方案初步策划** | | | 第一次年度监督 | | | | 2026.2 | | 5.0 | | |
| 第二次年度监督 | | | | 2027.2 | | 5.0 | | |
| **再认证审核时间及审核方案初步策划** | | | | | | | 2028.2 | | 8.0 | | |
| 注1：该审核日期及人日仅为拟定时间，可能会产生变化，具体以《管理体系审核计划（通知书）》为准；  注2：审核组长需根据一阶段审核发现确认二阶段的安排，可能需要调整已策划的第二阶段的安排。在确定第二阶段审核时间时，审核组长需充分考虑客户解决第一阶段识别的任何需关注问题所需的时间。  注3：HACCP体系每三年策划实施一次不通知审核，不通知审核可结合监督审核或再认证审核进行，HACCP体系不通知审核需在本方案中策划监督或再认证时进行。 | | | | | | | | | | | |
| **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□委派有能力的审核员  2审核员个人认证领域资质：■匹配□不匹配，解决办法：□委派有能力的审核员 | | | | | | | | | |
| **认证决定人员在认证决定阶段由技术部按要求选派，公司是否具备认证决定人员：**  是■　否□ | | | | | | | | | | | | |
| **策划人员：**李永忠  **日 期：**2025.5.15 | | | | | | | | | | | | |
| **第一次监督审核方案** | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明（适用时）** | | | 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：（若有变化，涉及审核人日变更，需在此注明审核人日）  **是否涉及特殊审核：□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及**  **评审人员**： **日 期：** | | | | | | | | | |
| **第一次监督审核时间** | | | 管理体系认证审核时间（现场审核时间）：人日（TΣX 80% ）  一体化管理体系审核时间确定过程：  多场所组织组织信息：  管理体系认证审核时间（现场审核时间）增加: 人日  距离较近，故不增加路途时间  **策划人员**： **日 期：** | | | | | | | | | |
| **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□委派有能力的审核员  2审核员个人认证领域资质：■匹配□不匹配，解决办法：□委派有能力的审核员 | | | | | | | | | |
| **第二次监督审核方案** | | | | | | | | | | | | |
| **信息变化说明（适用时）** | | | 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：（若有变化，涉及审核人日变更，需在此注明审核人日）  **是否涉及特殊审核：□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及**  **评审人员**： **日 期：** | | | | | | | | | |
| **第二次监督审核时间** | | | 管理体系认证审核时间（现场审核时间）：人日（TΣX 80% ）  一体化管理体系审核时间确定过程：  多场所组织组织信息：  管理体系认证审核时间（现场审核时间）增加: 人日  距离较近，故不增加路途时间  **策划人员**： **日 期：** | | | | | | | | | |
| **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□委派有能力的审核员  2审核员个人认证领域资质：■匹配□不匹配，解决办法：□委派有能力的审核员 | | | | | | | | | |