**审核组工作情况反馈表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方名称 | 成都爱天使健康咨询有限公司 | | | | |
| 申请管理体系认证标准 | Q：GB/T19001-2016/ISO9001:2015,E：GB/T 24001-2016/ISO14001:2015,O：GB/T45001-2020 / ISO45001：2018 | | | 项目编号 | 30744-2023-QEO-2024 |
| 审核类型 | □初审 ■第（ 一 ）次监督 □再认证 □特殊审核 □其他 | | | | |
| 审核组成员信息 | 姓名 | 职务 | 审核员证号 | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 审核组工作情况（体系负责人  填写） | 1、审核日期：2024年11月13日 上午至2024年11月15日 下午上午至下午  3、是□ 否□按审核计划进行审核  4、是□ 否□按程序进行审核  5、审核是□ 否□独立、公正、认真负责。  6、审核气氛是□ 否□融洽。  7、审核组是□ 否□遵守保密要求。  8、审核组是□ 否□守时、讲究效率。  9、审核中有□ 无□违背事实情况。  10、有□ 无□傲慢无礼、态度粗暴情况。  11、确认审核组成员与审核计划人员□一致 □不一致  不一致情况： | | | | |
| 受审核方意见（体系负责人  填写） | 1）对审核组审核工作满意情况评价：  □满意（优）  □较满意（良）  □不满意（差）  2）其他意见（含对专业审核员/技术专家的专业能力提出评价意见）：  □优 □良 □差  3）对审核实施人员安排的建议：  □同意原审核人员实施下次的现场审核。  □不同意原审核人员实施下次的现场审核，不满意审核员（请注明审核员姓名）。  4）对认证机构安排审核人员的建议：  成都爱天使健康咨询有限公司  （企业签字/盖章）  日期： | | | | |
| **注：请受审核方填写对审核组工作情况及受审核方意见的反馈，装入信封封好后邮寄至我公司认证评价中心。** | | | | | |