**审核组工作情况反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| 受审核方名称 | 宁夏福顺升爱心连锁超市有限公司 |
| 申请管理体系认证标准 | O：GB/T45001-2020 / ISO45001：2018,E：GB/T 24001-2016/ISO14001:2015,Q：GB/T19001-2016/ISO9001:2015 | 项目编号 | 10655-2023-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19日 上午至2024年11月20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：宁夏福顺升爱心连锁超市有限公司（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。** |