食品作業場所病媒綜合防治作業評鑑/複評申請書表

附件一

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病媒防治業者名稱 |  | 負責人 |  | 聯絡人 |  |
| 營業地址(總公司) |  | 電話 |  | | |
| 傳真 |  | | |
| E-mail |  | | |
| 營業地址(分公司) |  | 電話 |  | | |
| 傳真 |  | | |
| E-mail |  | | |
| 原始證書級別 | □新申請 □符合性評鑑合格 □優級 □良級 | | | | |
| 申請項目 | □符合性評鑑(含展延) □分級評鑑(含展延) □複評 | | | | |
| 評鑑費用 | □已繳 □未繳 金額： | | | | |
| 公司組織概述 |  | | | | |
| 商業登記字號 |  | | | | |
| 病媒防治業許可證字號 |  | | | | |
| 參加病媒防治業公會 |  | | | | |
| 病媒防治專業技術人員(檢附結業證書及勞健保影本)  計： 人 |  | | | | |
| 施藥人員(檢附三年內有效施作訓練影本)  計： 人 |  | | | | |
| 消費者服務專線 |  | | | | |
| 本公司病媒防治專長  及重要服務事蹟 |  | | | | |