

## 職業安全衛生管理辦法部分條文及第三條附表二、第六條附表二之一修正草案總說明

依勞工安全衛生法(已修正為職業安全衛生法，以下簡稱本法)訂定之勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法，於六十四年五月二十四日發布施行，並於一百零三年六月二十六日修正名稱為職業安全衛生管理辦法(以下簡稱本辦法)，期間歷經十次修正，最近一次係於一百零五年二月十九日修正發布。本次修正係為防止乾燥設備、移動式起重機、減壓艙及營建用或載貨升降機之作業危害及因應微型企業安全衛生現況，務實調整職業安全衛生業務主管擔任資格，強化自動檢查事項與範圍及明確資料保存方式等，爰擬具本辦法部分條文及第三條附表二、第六條附表二之一修正草案，其修正要點如下：

- 一、增訂事業單位勞工人數在五人以下者，雇主或其代理人經指定安全衛生教育訓練合格後，得擔任該事業單位之職業安全衛生業務主管。(修正條文第四條)
- 二、本辦法第六條之一第一項之管理績效認可與第十二條之七第一項之管理績效評定認可，事業單位常有混淆情事，爰調整職業安全衛生管理系統相關制度之執行作法。(修正條文第六條之一及第十二條之七)
- 三、考試院於一百零八年六月十四日修正發布專門職業及技術人員高等考試技師考試規則，將工礦衛生技師類科修正為職業衛生技師，爰配合修正本辦法技師類科名稱。(修正條文第七條)
- 四、為利雇主執行移動式起重機整體檢查，及避免作業時迴轉裝置螺栓斷裂之類似事故，定明該機械每年定期檢查及每日作業前檢點項目。(修正條文第二十條及第五十三條)
- 五、為防止化學物質經高溫加熱後，產生易燃之揮發性有機化合物蓄積於排風導管，而產生火災爆炸之虞，增列乾燥設備及其附屬設備應定期檢查項目。(修正條文第二十七條)
- 六、現行針對減壓艙，僅規定雇主應實施定期檢查，為加強安全管理，增列減壓艙初次使用前應實施重點檢查之規定。(修正條文第四十五條)

- 七、為預防營建用或載貨用之升降機相關作業之職業災害發生，增訂其每日作業前應實施檢點項目。(修正條文第五十四條之一)
- 八、簡化事業單位職業安全衛生管理單位及管理人員設置報備流程。(修正條文第八十六條)
- 九、有關雇主依本辦法相關規定執行紀錄之保存，得以紙本或電子形式為之。(修正條文第八十九條之二)

## 職業安全衛生管理辦法部分條文及第三條附表二、第六條附表二之一修正草案條文對照表

| 修 正 條 文                                                                                                                                                      | 現 行 條 文                                                    | 說 明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>第四條 事業單位勞工人數未滿三十人者，<u>雇主或其代理人經職業安全衛生業務主管安全衛生教育訓練合格，得擔任該事業單位職業安全衛生業務主管。</u></p> <p><u>事業單位勞工人數在五人以下者，雇主或其代理人經職業安全衛生教育訓練規則第二條第十二款指定之安全衛生教育訓練合格者，亦同。</u></p> | <p>第四條 事業單位勞工人數未滿三十人者，其應置之職業安全衛生業務主管，得由事業經營負責人或其代理人擔任。</p> | <p>一、依現行規定，勞工人數未滿三十人之事業單位，其應置之職業安全衛生業務主管，得由經職業安全衛生教育訓練規則第二條第一款之職業安全衛生業務主管安全衛生教育訓練合格之雇主或其代理人擔任，惟事業單位之勞工人數在五人以下之企業，占全國事業單位數比例近八成，考量該等事業單位安全衛生資源不足，且人員流動性高，現行應置職業安全衛生業務主管之規定，實務上有其困難；此外，雇主依法即應擔負職業安全衛生責任，如由其親自接受相關安全衛生教育訓練，更有助於職場職業安全衛生落實，爰參考日本、韓國針對微型企業，係採對雇主實施講習之作法，增列就勞工人數在五人以下之事業單位，雇主或其代理人經中央主管機關指定之安全衛生教育訓練合格，得擔任該事業單位之職業安全衛生業務主管，以促使安全衛生管理權責相符。</p> <p>二、上開事業單位勞工人數</p> |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                             | <p>在五人以下之雇主安全衛生教育訓練，將依職業安全衛生教育訓練規則第二條第十二款規定，由中央主管機關指定公告相關教育訓練之課程及時數。</p>                                                                                                                                                                              |
| <p>第六條之一 第一類事業單位或其總機構已實施第十二條之二職業安全衛生管理系統相關管理制度，管理績效並經中央主管機關審查通過者，得不受第二條之一、第三條及前條有關一級管理單位應為專責及職業安全衛生業務主管應為專職之限制。</p> | <p>第六條之一 第一類事業單位或其總機構所設置之職業安全衛生管理單位，已實施第十二條之二職業安全衛生管理系統相關管理制度，管理績效並經中央主管機關認可者，得不受第二條之一、第三條及第六條有關一級管理單位應為專責及職業安全衛生業務主管應為專職之限制。</p> <p><u>前項管理績效之認可，中央主管機關得委託相關專業團體辦理之。</u></p> <p><u>中央主管機關及勞動檢查機構得對第一項經認可之事業單位實施訪查。</u></p> | <p>一、為鼓勵事業單位或其事業總機構推動職業安全衛生管理系統，健全自主管理制度，針對其職業安全衛生管理整體績效(如：職業災害發生情形、職業安全衛生管理系統通過第三者驗證狀況及其他強化職業安全衛生管理作為等)之認可機制，調整以審查方式辦理，以簡化流程，爰修正第一項之文字內容，並刪除第二項。</p> <p>二、配合職業安全衛生自主管理制度之調整，管理績效以被動指標進行審查，對於經審查通過者，回歸現行嚴明之監督檢查作為，由中央主管機關及勞動檢查機構不定期實施監督檢查，爰刪除第三項。</p> |
| <p>第七條 職業安全衛生業務主管除第四條規定者外，雇主應自該事業之相關主管或辦理職業安全衛生事務者選任之。但營造業之事業單位，應由曾受營造業職業安全衛生業務主管教育訓練者選任之。</p>                      | <p>第七條 職業安全衛生業務主管除第四條規定者外，雇主應自該事業之相關主管或辦理職業安全衛生事務者選任之。但營造業之事業單位，應由曾受營造業職業安全衛生業務主管教育訓練者選任之。</p>                                                                                                                              | <p>一、考試院於一百零八年六月十四日修正發布專門職業及技術人員高等考試技師考試規則，將工礦衛生技師類科修正為職業衛生技師，爰配合修正第二項第二款第一目之技師類科名稱。</p>                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <p>下列職業安全衛生人員，雇主應自事業單位勞工中具備<u>下列</u>資格者選任之：</p> <p>一、職業安全管理師：</p> <p>（一）高等考試工業安全類科錄取或具有工業安全技師資格。</p> <p>（二）領有職業安全管理甲級技術士證照。</p> <p>（三）曾任勞動檢查員，具有<u>職業</u>安全檢查工作經驗三年以上。</p> <p>（四）修畢工業安全相關科目十八學分以上，並具有國內外大專以上校院工業安全相關類科碩士以上學位。</p> <p>二、職業衛生管理師：</p> <p>（一）高等考試工業衛生類科錄取或具有<u>職業</u>衛生技師資格。</p> <p>（二）領有職業衛生管理甲級技術士證照。</p> <p>（三）曾任勞動檢查員，具有<u>職業</u>衛生檢查工作經驗三年以上。</p> <p>（四）修畢工業衛生相關科目十八學分以上，並具有國</p> | <p>下列職業安全衛生人員，雇主應自事業單位勞工中具備下列資格者選任之：</p> <p>一、職業安全管理師：</p> <p>（一）高等考試工業安全類科錄取或具有工業安全技師資格。</p> <p>（二）領有職業安全管理甲級技術士證照。</p> <p>（三）曾任勞動檢查員，具有勞工安全檢查工作經驗三年以上。</p> <p>（四）修畢工業安全相關科目十八學分以上，並具有國內外大專以上校院工業安全相關類科碩士以上學位。</p> <p>二、職業衛生管理師：</p> <p>（一）高等考試工業衛生類科錄取或具有工礦衛生技師資格。</p> <p>（二）領有職業衛生管理甲級技術士證照。</p> <p>（三）曾任勞動檢查員，具有勞工衛生檢查工作經驗三年以上。</p> <p>（四）修畢工業衛生相關科目十八學分以上，並具有國</p> | <p>二、餘酌予修正部分文字。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>內外大專以上校院工業衛生相關類科碩士以上學位。</p> <p>三、職業安全衛生管理員：</p> <p>(一) 具有職業安全管理師或職業衛生管理師資格。</p> <p>(二) 領有職業安全衛生管理乙級技術士證照。</p> <p>(三) 曾任勞動檢查員，具有職業安全衛生檢查工作經驗二年以上。</p> <p>(四) 修畢工業安全衛生相關科目十八學分以上，並具有國內外大專以上校院工業安全衛生相關科系畢業。</p> <p>(五) 普通考試工業安全類科錄取。</p> <p>前項大專以上校院工業安全相關類科碩士、工業衛生相關類科碩士、工業安全衛生相關科系與工業安全、工業衛生及工業安全衛生相關科目由中央主管機關定之。地方主管機關依中央主管機關公告之科系及科目辦理。</p> <p>第二項第一款第四目及第二款第四目，自中華民國一百零一年七月一日起不再適用；第二項第三</p> | <p>內外大專以上校院工業衛生相關類科碩士以上學位。</p> <p>三、職業安全衛生管理員：</p> <p>(一) 具有職業安全管理師或職業衛生管理師資格。</p> <p>(二) 領有職業安全衛生管理乙級技術士證照。</p> <p>(三) 曾任勞動檢查員，具有勞動檢查工作經驗二年以上。</p> <p>(四) 修畢工業安全衛生相關科目十八學分以上，並具有國內外大專以上校院工業安全衛生相關科系畢業。</p> <p>(五) 普通考試工業安全類科錄取。</p> <p>前項大專以上校院工業安全相關類科碩士、工業衛生相關類科碩士、工業安全衛生相關科系與工業安全、工業衛生及工業安全衛生相關科目由中央主管機關定之。地方主管機關依中央主管機關公告之科系及科目辦理。</p> <p>第二項第一款第四目及第二款第四目，自中華民國一百零一年七月一日起不再適用；第二項第三</p> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>款第四目，自一百零三年七月一日起不再適用。</p>                                                                                                                                                                                                                                       | <p>款第四目，自一百零三年七月一日起不再適用。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                |
| <p>第十二條之二 下列事業單位，<u>雇主應依</u>中央主管機關公告之<u>相關</u>指引，建置適合該事業單位之職業安全衛生管理系統，<u>並據以執行</u>：</p> <p>一、第一類事業勞工人數在二百人以上者。</p> <p>二、第二類事業勞工人數在五百人以上者。</p> <p>三、有從事石油裂解之石化工業工作場所者。</p> <p>四、有從事製造、處置或使用危害性之化學品，數量達中央主管機關規定量以上之工作場所者。</p> <p><u>前項</u>安全衛生管理之執行，應作成紀錄，並保存三年。</p> | <p>第十二條之二 下列事業單位，應參照中央主管機關所定之職業安全衛生管理系統指引，建置適合該事業單位之職業安全衛生管理系統：</p> <p>一、第一類事業勞工人數在二百人以上者。</p> <p>二、第二類事業勞工人數在五百人以上者。</p> <p>三、有從事石油裂解之石化工業工作場所者。</p> <p>四、有從事製造、處置或使用危害性之化學品，數量達中央主管機關規定量以上之工作場所者。</p> <p><u>前項</u>管理系統應包括下列安全衛生事項：</p> <p><u>一、政策。</u></p> <p><u>二、組織設計。</u></p> <p><u>三、規劃與實施。</u></p> <p><u>四、評估。</u></p> <p><u>五、改善措施。</u></p> <p>第一項安全衛生管理之執行，應作成紀錄，並保存三年。</p> | <p>一、第一項有關中央主管機關所公告之相關指引，將參照職業安全衛生管理系統國際標準 ISO 45001 及國家標準 CNS 45001 規範之架構及內容酌予調整，以引導事業單位建置與國際接軌之安全衛生自主管理機制。另酌作文字調整，以資明確。</p> <p>二、鑑於職業安全衛生管理系統應包括事項，業明定於本法施行細則第三十五條，爰刪除第二項規定。</p> <p>三、原第三項移列至第二項，並作文字修正。</p> |
| <p>第十二條之七 事業單位已實施第十二條之二職業安全衛生管理系統相關管理制度，且管理績效良好並經認可者，中央主管機關得分級公開表揚之。</p> <p><u>前項</u>管理績效良好之認可，中央主管機關得委託相關專業團體辦理之。</p>                                                                                                                                             | <p>第十二條之七 事業單位已實施第十二條之二職業安全衛生管理系統相關管理制度，且管理績效良好並經<u>評定</u>認可者，中央主管機關得分級公開表揚之。</p> <p><u>前項</u>管理績效良好之<u>評定</u>認可，中央主管機關得委託相關專業團體辦理</p>                                                                                                                                                                                                                                               | <p>一、本法第二十三條第三項已明定，事業單位推動職業安全衛生管理系統，管理績效良好並經中央主管機關認可者，得公開表揚之。為鼓勵事業單位健全職業安全衛生管理制度，爰參考英國、日本對推動職業安</p>                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>中央主管機關及勞動檢查機構得對第一項管理績效良好並經認可之事業單位實施訪查。</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>之。</p>                                                                                                                                                                                            | <p>全衛生管理系統績效優良者，得採訪視取代監督檢查之作法，爰增列第三項，明定中央主管機關及勞動檢查機構得對職業安全衛生管理績效良好並經認可之事業單位實施訪查，以持續督促其落實自主管理。</p> <p>二、餘酌作文字修正。</p> |
| <p>第二十條 雇主對移動式起重機，應每年依下列規定定期實施檢查一次：</p> <p>一、<u>伸臂、迴轉裝置（含螺栓、螺帽等）、外伸撐座、動力傳導裝置及其他結構項目有無損傷。</u></p> <p>二、<u>過捲預防裝置、警報裝置、制動器、離合器及其他安全裝置有無異常。</u></p> <p>三、<u>吊具、鋼索及吊鏈有無損傷。</u></p> <p>四、<u>配線、集電裝置、配電盤、開關及其他機械電氣項目有無異常。</u></p> <p>雇主對前項移動式起重機，應每月依下列規定定期實施檢查一次：</p> <p>一、過捲預防裝置、警報裝置、制動器、離合器及其他安全裝置有無異常。</p> <p>二、鋼索及吊鏈有無損傷。</p> <p>三、吊鉤、抓斗等吊具有無損傷。</p> | <p>第二十條 雇主對移動式起重機，應每年就該機械之整體定期實施檢查一次。</p> <p>雇主對前項移動式起重機，應每月依下列規定定期實施檢查一次：</p> <p>一、過捲預防裝置、警報裝置、制動器、離合器及其他安全裝置有無異常。</p> <p>二、鋼索及吊鏈有無損傷。</p> <p>三、吊鉤、抓斗等吊具有無損傷。</p> <p>四、配線、集電裝置、配電盤、開關及控制裝置有無異常。</p> | <p>雇主對移動式起重機，應每年就該機械之整體定期實施檢查一次，惟整體檢查項目尚無明定，為利雇主執行，爰定明該機械應實施之檢查項目。</p>                                              |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>無損傷。</p> <p>四、配線、集電裝置、配電盤、開關及控制裝置有無異常。</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
| <p>第二十七條 雇主對乾燥設備及其附屬設備，應每年依下列規定定期實施檢查一次：</p> <p>一、內面、外面及外部之棚櫃等有無損傷、變形或腐蝕。</p> <p>二、危險物之乾燥設備中，排出因乾燥產生之氣體、蒸氣或粉塵等之設備有無異常，及<u>排風導管有無揮發性有機化合物蓄積情形</u>。</p> <p>三、使用液體燃料或可燃性液體為熱源之乾燥設備，燃燒室或點火處之換氣設備有無異常。</p> <p>四、窺視孔、出入孔、排氣孔等開口部有無異常。</p> <p>五、內部溫度測定裝置及調整裝置有無異常。</p> <p>六、設置於內部之電氣機械器具或配線有無異常。</p> | <p>第二十七條 雇主對乾燥設備及其附屬設備，應每年依下列規定定期實施檢查一次：</p> <p>一、內面、外面及外部之棚櫃等有無損傷、變形或腐蝕。</p> <p>二、危險物之乾燥設備中，排出因乾燥產生之氣體、蒸氣或粉塵等之設備有無異常。</p> <p>三、使用液體燃料或可燃性液體為熱源之乾燥設備，燃燒室或點火處之換氣設備有無異常。</p> <p>四、窺視孔、出入孔、排氣孔等開口部有無異常。</p> <p>五、內部溫度測定裝置及調整裝置有無異常。</p> <p>六、設置於內部之電氣機械器具或配線有無異常。</p> | <p>為防止化學物質經高溫加熱後，產生易燃之揮發性有機化合物蓄積於排風導管，而產生火災爆炸之虞，爰修正第二款規定，增列事業單位對排風導管亦應定期實施檢查，以防止災害發生。</p> |
| <p>第四十五條 雇主對第二種壓力容器及<u>減壓艙</u>應於初次使用前依下列規定實施重點檢查：</p> <p>一、確認胴體、端板之厚度是否與製造廠所附資料符合。</p>                                                                                                                                                                                                        | <p>第四十五條 雇主對第二種壓力容器應於初次使用前依下列規定實施重點檢查：</p> <p>一、確認胴體、端板之厚度是否與製造廠所附資料符合。</p>                                                                                                                                                                                        | <p>現行針對減壓艙，僅規定雇主應實施定期檢查，就初次使用前之檢查尚無規範，為加強安全管理，爰增列其初次使用前應實施重點檢查。</p>                       |

|                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>二、確認安全閥吹洩量是否足夠。</p> <p>三、各項尺寸、附屬品與附屬裝置是否與容器明細表符合。</p> <p>四、經實施耐壓試驗無局部性之膨出、伸長或洩漏之缺陷。</p> <p>五、其他保持性能之必要事項。</p> | <p>二、確認安全閥吹洩量是否足夠。</p> <p>三、各項尺寸、附屬品與附屬裝置是否與容器明細表符合。</p> <p>四、經實施耐壓試驗無局部性之膨出、伸長或洩漏之缺陷。</p> <p>五、其他保持性能之必要事項。</p> |                                                                                                              |
| <p>第五十三條 雇主對移動式起重機，應於每日作業前對過捲預防裝置、過負荷警報裝置、制動器、離合器、控制裝置、<u>迴轉裝置（含螺栓、螺帽等）</u>及其他警報裝置之性能實施檢點。</p>                   | <p>第五十三條 雇主對移動式起重機，應於每日作業前對過捲預防裝置、過負荷警報裝置、制動器、離合器、控制裝置及其他警報裝置之性能實施檢點。</p>                                        | <p>鑑於近年發生數起移動式起重機作業時迴轉裝置之螺栓斷裂，導致上部結構脫離底盤而傾倒之事故，為避免類似事故發生，爰增列應於每日作業前針對迴轉裝置（含螺栓、螺帽等）實施檢點。</p>                  |
| <p>第五十四條之一 雇主對營建用或載貨用之升降機，應於每日作業前，依下列規定實施檢點：</p> <p>一、搬器及升降路所有出入口門扉之連鎖裝置有無異常。</p> <p>二、搬器頂部緊急開口之連鎖裝置有無異常。</p>    |                                                                                                                  | <p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、營建用或載貨用之升降機使用頻繁，且用途特殊，安全裝置設計較為簡便，相關連鎖裝置如管理不當恐造成意外事故，爰增列每日作業前應實施檢點之項目。</p>         |
| <p>第八十六條 勞工人數在三十人以上之事業單位，依第二條之一至第三條之一、第六條規定設管理單位或置管理人員時，應依<u>中央主管機關公告之內容及方式登錄</u>，陳報勞動檢查機構備查。</p>                | <p>第八十六條 勞工人數在三十人以上之事業單位，依第二條之一至第三條之一、第六條規定設管理單位或置管理人員時，應填具職業安全衛生管理單位（人員）設置（變更）報備書（如附表三），陳報勞動檢查機構備查。</p>         | <p>為簡化事業單位報備所設置之職業安全衛生管理單位及管理人員之流程，中央主管機關已建置相關資訊登錄系統，提供事業單位辦理線上填報作業，爰刪除附表三報備書，並增訂依中央主管機關公告之內容及方式登錄，以符實際。</p> |
| <p>第八十七條 雇主依第十條規定設職業安全衛生委員</p>                                                                                   | <p>第八十七條 雇主依第十條規定設職業安全衛生委員</p>                                                                                   | <p>表次變更。</p>                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>會時，應製作職業安全衛生委員會名冊（如附表三）留存備查。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>會時，應製作職業安全衛生委員會名冊（如附表四）留存備查。</p>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |
| <p>第八十九條之二 雇主依第五條之一、第十二條至第十二條之六及第八十條規定所作之紀錄，應以紙本保存。但以電子紀錄形式保存，並能隨時調閱查對者，不在此限。</p>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>一、<u>本條新增</u>。<br/>二、規範雇主依本辦法所作紀錄之保存方式。</p>       |
| <p>第九十條 本辦法自發布日施行。但除中華民國九十七年一月九日修正發布之第二條之一第一項第一款、第六條第二項第一款已另定施行日期者外，第二條、第二條之一、第三條、第三條之一、第三條之二、第五條之一、第六條、第七條、第十條、第十二條之一至第十二條之六規定，自發布後六個月施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零三年六月二十六日修正發布之條文，自一百零三年七月三日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零五年二月十九日修正發布之條文，除第六條之一及第十二條之七規定，自一百零五年七月一日施行外，自一百零六年一月一日施行。</p> <p><u>本辦法中華民國一百零九年○月○日修正發布之條文，自發布後六個月施行。</u></p> | <p>第九十條 本辦法自發布日施行。但除中華民國九十七年一月九日修正發布之第二條之一第一項第一款、第六條第二項第一款已另定施行日期者外，第二條、第二條之一、第三條、第三條之一、第三條之二、第五條之一、第六條、第七條、第十條、第十二條之一至第十二條之六規定，自發布後六個月施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零三年六月二十六日修正發布之條文，自一百零三年七月三日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零五年二月十九日修正發布之條文，除第六條之一及第十二條之七規定，自一百零五年七月一日施行外，自一百零六年一月一日施行。</p> | <p>為使業界有適當緩衝時間配合本辦法之修正，爰規定本次修正發布之條文，自修正發布後六個月施行。</p> |

第三條附表二修正草案對照表

| 修正規定                                        |                      |               |                                            | 現行規定                                       |            |                              |                                             | 說明                                           |
|---------------------------------------------|----------------------|---------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 附表二 各類事業之事業單位應置職業安全衛生人員表                    |                      |               |                                            | 附表二 各類事業之事業單位應置職業安全衛生人員表                   |            |                              |                                             | 附表二係各類事業之事業單位應置職業安全衛生人員之最低規範，爰修正部分文字及增列附註文字。 |
| 事業                                          |                      | 規模(勞工人數)      | 應置之管理人員                                    | 事業                                         |            | 規模(勞工人數)                     | 應置之管理人員                                     |                                              |
| 壹、第一類事業單位(顯著風險事業)                           | 營造業之事業單位             | 一、未滿三十人者      | 丙種職業安全衛生業務主管。                              | 營造業之事業單位                                   | 營造業之事業單位   | 一、未滿三十人者                     | 丙種職業安全衛生業務主管。                               |                                              |
|                                             |                      | 二、三十人以上未滿一百人者 | 乙種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                 |                                            |            | 二、三十人以上未滿一百人者                | 乙種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                  |                                              |
|                                             |                      | 三、一百人以上未滿三百人者 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                 |                                            |            | 三、一百人以上未滿三百人者                | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                  |                                              |
|                                             |                      | 四、三百人以上未滿五百人者 | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師一人及職業安全衛生管理員二人。  |                                            |            | 四、三百人以上未滿五百人者                | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師一人及職業安全衛生管理員二人以上。 |                                              |
|                                             |                      | 五、五百人以上者      | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各二人以上。 |                                            |            | 五、五百人以上者                     | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各二人以上。  |                                              |
|                                             | 營造業以外之事業單位           | 一、未滿三十人者      | 丙種職業安全衛生業務主管。                              | 營造業以外之事業單位                                 | 營造業以外之事業單位 | 一、未滿三十人者                     | 丙種職業安全衛生業務主管。                               |                                              |
|                                             |                      | 二、三十人以上未滿一百人者 | 乙種職業安全衛生業務主管。                              |                                            |            | 二、三十人以上未滿一百人者                | 乙種職業安全衛生業務主管。                               |                                              |
|                                             |                      | 三、一百人以上未滿三百人者 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                 |                                            |            | 三、一百人以上未滿三百人者                | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                  |                                              |
|                                             |                      | 四、三百人以上未滿五百人者 | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人。   |                                            |            | 四、三百人以上未滿五百人者                | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。  |                                              |
|                                             |                      | 五、五百人以上未滿一千人者 | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師一人及職業安全衛生管理員二人。  |                                            |            | 五、五百人以上未滿一千人者                | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師一人及職業安全衛生管理員二人以上。 |                                              |
|                                             |                      | 六、一千人以上者      | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各二人以上。 |                                            |            | 六、一千人以上者                     | 甲種職業安全衛生業務主管一人、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各二人以上。  |                                              |
|                                             | 貳、第二類事業之事業單位(中度風險事業) |               |                                            | 一、未滿三十人者                                   |            |                              | 一、未滿三十人者                                    | 丙種職業安全衛生業務主管。                                |
| 二、三十人以上未滿一百人者                               |                      |               |                                            | 乙種職業安全衛生業務主管。                              |            |                              | 二、三十人以上未滿一百人者                               | 乙種職業安全衛生業務主管。                                |
| 三、一百人以上未滿三百人者                               |                      |               |                                            | 甲種職業安全衛生業務主管。                              |            |                              | 三、一百人以上未滿三百人者                               | 甲種職業安全衛生業務主管。                                |
| 四、三百人以上未滿五百人者                               |                      |               |                                            | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                 |            |                              | 四、三百人以上未滿五百人者                               | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                   |
| 五、五百人以上者                                    |                      |               |                                            | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。   |            |                              | 五、五百人以上者                                    | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。     |
| 參、第三類事業之事業單位(低度風險事業)                        |                      |               | 一、未滿三十人者                                   |                                            |            | 一、未滿三十人者                     | 丙種職業安全衛生業務主管。                               |                                              |
|                                             |                      |               | 二、三十人以上未滿一百人者                              |                                            |            | 乙種職業安全衛生業務主管。                | 二、三十人以上未滿一百人者                               | 乙種職業安全衛生業務主管。                                |
|                                             |                      |               | 三、一百人以上未滿五百人者                              |                                            |            | 甲種職業安全衛生業務主管。                | 三、一百人以上未滿五百人者                               | 甲種職業安全衛生業務主管。                                |
|                                             |                      |               | 四、五百人以上者                                   |                                            |            | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 四、五百人以上者                                    | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。                   |
| 附註：                                         |                      |               |                                            | 附註:依上述規定置職業安全(衛生)管理師二人以上者，其中至少一人應為職業衛生管理師。 |            |                              |                                             |                                              |
| 1. 依上述規定置職業安全(衛生)管理師二人以上者，其中至少一人應為職業衛生管理師。但 |                      |               |                                            | 但於中華民國一百零三年七月三日前，已置有職業安全衛生人員者，不在此限。        |            |                              |                                             |                                              |

|                                                        |  |  |
|--------------------------------------------------------|--|--|
| 於中華民國一百零三年七月三日前，已置有職業安全衛生人員者，不在此限。                     |  |  |
| 2. <u>本表為至少應置之管理人員人數，事業單位仍應依其事業規模及危害風險，於必要時增置管理人員。</u> |  |  |

第六條附表二之一修正草案對照表

| 修正規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 現行規定         | 說明                                       |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|---------|-----------------|--------------|----------------------------|---------|------------------------------------------|-----------------|--------------|----------------------------|---------|------------------------------------------|-----------------|-------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|---------|-----------------|--------------|---------------------------------------|---------|------------------------------------------|-----------------|--------------|---------------------------------------|---------|------------------------------------------|-----------------|-------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 附表二之一 各類事業之總機構或綜理全事業職業安全衛生業務之事業單位應置職業安全衛生人員表 <table><tr><th>事業</th><th>規模(勞工人數)</th><th>應置之管理人員</th></tr><tr><td rowspan="2">壹、第一類事業(高度風險事業)</td><td>一、五百人以上未滿一千人</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。</td></tr><tr><td>二、一千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr><tr><td rowspan="2">貳、第二類事業(中度風險事業)</td><td>一、五百人以上未滿一千人</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。</td></tr><tr><td>二、一千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr><tr><td>參、第三類事業(低度風險事業)</td><td>三千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr></table> | 事業           | 規模(勞工人數)                                 | 應置之管理人員 | 壹、第一類事業(高度風險事業) | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。 | 二、一千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 貳、第二類事業(中度風險事業) | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。 | 二、一千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 參、第三類事業(低度風險事業) | 三千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 附表二之一 各類事業之總機構或綜理全事業職業安全衛生業務之事業單位應置職業安全衛生人員表 <table><tr><th>事業</th><th>規模(勞工人數)</th><th>應置之管理人員</th></tr><tr><td rowspan="2">壹、第一類事業(高度風險事業)</td><td>一、五百人以上未滿一千人</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人<u>以上</u>。</td></tr><tr><td>二、一千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr><tr><td rowspan="2">貳、第二類事業(中度風險事業)</td><td>一、五百人以上未滿一千人</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人<u>以上</u>。</td></tr><tr><td>二、一千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr><tr><td>參、第三類事業(低度風險事業)</td><td>三千人以上</td><td>甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。</td></tr></table> | 事業 | 規模(勞工人數) | 應置之管理人員 | 壹、第一類事業(高度風險事業) | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人 <u>以上</u> 。 | 二、一千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 貳、第二類事業(中度風險事業) | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人 <u>以上</u> 。 | 二、一千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 參、第三類事業(低度風險事業) | 三千人以上 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。 | 附表二之一係各類事業之總機構或綜理全事業職業安全衛生業務之事業單位應置職業安全衛生人員之最低規範，爰修正部分文字及增列附註文字。 |
| 事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 規模(勞工人數)     | 應置之管理人員                                  |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 壹、第一類事業(高度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。               |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 二、一千人以上      | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 貳、第二類事業(中度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人。               |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 二、一千人以上      | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 參、第三類事業(低度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 三千人以上        | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。             |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 規模(勞工人數)     | 應置之管理人員                                  |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 壹、第一類事業(高度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人 <u>以上</u> 。    |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 二、一千人以上      | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 貳、第二類事業(中度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 一、五百人以上未滿一千人 | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人 <u>以上</u> 。    |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 二、一千人以上      | 甲種職業安全衛生業務主管、職業安全(衛生)管理師及職業安全衛生管理員各一人以上。 |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 參、第三類事業(低度風險事業)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 三千人以上        | 甲種職業安全衛生業務主管及職業安全衛生管理員各一人以上。             |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |
| 附註：本表為至少應置之管理人員人數，事業單位仍應依其事業規模及危害風險，於必要時增置管理人員。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                          |         |                 |              |                            |         |                                          |                 |              |                            |         |                                          |                 |       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |          |         |                 |              |                                       |         |                                          |                 |              |                                       |         |                                          |                 |       |                              |                                                                  |

第八十六條附表三修正草案對照表

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|-----|--|-----|----------|--|----------|--|--|--|--|--|---|-----|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---------|------|--|-----|--|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|-------|--|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|-------|--|-----|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|------|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|----|----|----|-------|--|---------------|--|--|--|------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
| 修正規定           | 現行規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 說明                    |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                | <div>附表三 職業安全衛生管理單位（人員）設置（變更）報備書</div> <div><input type="checkbox"/>總機構 <input type="checkbox"/>事業單位</div> <table><tr><td colspan="2">事業單位分類號碼</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">行業標準分類號碼</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">雇</td><td rowspan="2">事業主</td><td colspan="3">法人事業（名稱）</td><td colspan="11"></td></tr><tr><td colspan="3">非法人事業名稱及（或姓名）</td><td colspan="11"></td></tr><tr><td rowspan="4">主</td><td rowspan="4">事業經營負責人</td><td colspan="2" rowspan="2">法人事業</td><td colspan="3">代表人</td><td colspan="2">職稱：</td><td colspan="6">姓名：</td></tr><tr><td colspan="3">或其代理人</td><td colspan="2">職稱：</td><td colspan="6">姓名：</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="2">非法人事業</td><td colspan="3">事業主</td><td colspan="9">姓名：</td></tr><tr><td colspan="3">或其代理人</td><td colspan="2">職稱：</td><td colspan="6">姓名：</td></tr><tr><td colspan="2">地址</td><td colspan="8"></td><td colspan="2">電話</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="2">勞工人數</td><td colspan="14">男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人）</td></tr><tr><td colspan="2">承攬人(含再承攬人)勞工人數</td><td colspan="14">男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人）</td></tr><tr><td colspan="2">事業單位組織系統圖</td><td colspan="14"></td></tr><tr><td colspan="4">職業安全衛生管理單位</td><td colspan="12">1. 單位名稱：<br/>2. 主管姓名： 職稱：<br/>（具資格者，請填具「職業安全衛生人員」欄位）<br/>3. <input type="checkbox"/>一級專責， <input type="checkbox"/>一級非專責<br/><input type="checkbox"/>非一級<br/>4. 管理績效經中央主管機關認可<br/><input type="checkbox"/>是(請檢具公文)<br/><input type="checkbox"/>否</td></tr><tr><td rowspan="6">職業安全衛生人員</td><td>名稱</td><td>姓名</td><td>性別</td><td colspan="2">身分證號碼</td><td colspan="4">資料證明文件(名稱及文號)</td><td colspan="4">是否專職</td></tr><tr><td>職業安全衛生業務主管</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>職業安全管理師</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>職業衛生管理師</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>職業安全衛生管理員</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr></table> <div>依職業安全衛生管理辦法第八十六條規定，陳報設置職業安全衛生管理單位(人員)，請備查。</div> <div>此致<br/>(勞動檢查機構全銜)<br/>事業主名稱（或姓名）：</div> | 事業單位分類號碼              |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  | 行業標準分類號碼 |  |  |  |  |  | 雇 | 事業主 | 法人事業（名稱） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 非法人事業名稱及（或姓名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 主 | 事業經營負責人 | 法人事業 |  | 代表人 |  |  | 職稱： |  | 姓名： |  |  |  |  |  | 或其代理人 |  |  | 職稱： |  | 姓名： |  |  |  |  |  | 非法人事業 |  | 事業主 |  |  | 姓名： |  |  |  |  |  |  |  |  | 或其代理人 |  |  | 職稱： |  | 姓名： |  |  |  |  |  | 地址 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話 |  |  |  |  |  | 勞工人數 |  | 男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 承攬人(含再承攬人)勞工人數 |  | 男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業單位組織系統圖 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職業安全衛生管理單位 |  |  |  | 1. 單位名稱：<br>2. 主管姓名： 職稱：<br>（具資格者，請填具「職業安全衛生人員」欄位）<br>3. <input type="checkbox"/> 一級專責， <input type="checkbox"/> 一級非專責<br><input type="checkbox"/> 非一級<br>4. 管理績效經中央主管機關認可<br><input type="checkbox"/> 是(請檢具公文)<br><input type="checkbox"/> 否 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職業安全衛生人員 | 名稱 | 姓名 | 性別 | 身分證號碼 |  | 資料證明文件(名稱及文號) |  |  |  | 是否專職 |  |  |  | 職業安全衛生業務主管 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職業安全管理師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職業衛生管理師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 職業安全衛生管理員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>本表刪除。</div> |
| 事業單位分類號碼       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     | 行業標準分類號碼 |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 雇              | 事業主                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 法人事業（名稱）              |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 非法人事業名稱及（或姓名）         |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 主              | 事業經營負責人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 法人事業                  |    | 代表人                                                                                                                                                                                                                                           |  |               | 職稱： |  | 姓名： |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | 或其代理人                                                                                                                                                                                                                                         |  |               | 職稱： |  | 姓名： |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 非法人事業                 |    | 事業主                                                                                                                                                                                                                                           |  |               | 姓名： |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | 或其代理人                                                                                                                                                                                                                                         |  |               | 職稱： |  | 姓名： |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 地址             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     | 電話       |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 勞工人數           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人） |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 承攬人(含再承攬人)勞工人數 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 男 人，女 人，未滿十八歲 人。（計 人） |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 事業單位組織系統圖      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 職業安全衛生管理單位     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | 1. 單位名稱：<br>2. 主管姓名： 職稱：<br>（具資格者，請填具「職業安全衛生人員」欄位）<br>3. <input type="checkbox"/> 一級專責， <input type="checkbox"/> 一級非專責<br><input type="checkbox"/> 非一級<br>4. 管理績效經中央主管機關認可<br><input type="checkbox"/> 是(請檢具公文)<br><input type="checkbox"/> 否 |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 職業安全衛生人員       | 名稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 姓名                    | 性別 | 身分證號碼                                                                                                                                                                                                                                         |  | 資料證明文件(名稱及文號) |     |  |     | 是否專職     |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                | 職業安全衛生業務主管                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                | 職業安全管理師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                | 職業衛生管理師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                | 職業安全衛生管理員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |     |  |     |          |  |          |  |  |  |  |  |   |     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |         |      |  |     |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |       |  |     |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |      |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |       |  |               |  |  |  |      |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |



|  |                         |    |  |
|--|-------------------------|----|--|
|  | 負責人：                    | 簽章 |  |
|  | 事業經營負責人：(事業主、代表人或其代理人)： |    |  |



第八十七條附表四修正草案對照表

[illegible]