中医养生保健技术培训服务认证申请书

尊敬的客户：

请仔细阅读《中医养生保健技术培训服务认证申请书》各项内容，请填写完整真实的信息，标记“\*”者为必填项，所有证明、声明材料按资料清单顺序附在本申请书后。

本次申请认证类型：

□初次认证；□监督（认证证书转换）；□再认证；□范围扩大（等级升级）

申请认证范围，培训服务项目1名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，培训服务项目2名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，

\***1 申请机构基本信息**

1.1申请机构名称： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 统一社会信用代码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

机构注册地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 机构网址 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（证明材料1-1）

1.2 法定代表人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_法人身份证件类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，证件号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

（证明材料1-2）

1.3 联系人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_，职务\_\_\_\_\_\_\_\_ ，手机号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_邮箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

\***2 申请认证培训服务项目的情况**

2.1 培训项目1：名称： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，课程开办起始时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 累计培训人数：\_\_\_\_\_\_\_人

2.1.1 培训方案（证明材料2-1-1）

2.1.2 教材或讲义或其他相关资料数量，合计：\_\_\_\_\_\_个 （证明材料2-1-2）

2.1.3 招生方案（证明材料2-1-3）

2.1.4 培训服务合同（证明材料2-1-4）

2.1.5 培训考核方案（证明材料2-1-5）

2.1.6 证书名称：\_\_\_\_\_\_（证明材料2-1-6）

2.2（培训项目2）（可根据申报培训项目添加）

**3 服务环境与设施**

**3.1 教学场地**

3.1.1 教学场地类型及数量

3.1.1.1 \*标准教室数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有场所\_\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_ 个

3.1.1.2 \*计算机教室数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有场所\_\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_ 个

3.1.1.3 \*实操教室数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有场所\_\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_ 个

3.1.1.4 \*小型会议室数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有场所\_\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_ 个

3.1.1.5 其他场地情况

a.场地类型\_\_\_\_\_\_ ， 数量：\_\_\_\_\_\_个，其中自有场所\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_个

b.场地类型\_\_\_\_\_\_ ， 数量：\_\_\_\_\_\_个，其中自有场所\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_个

c.场地类型\_\_\_\_\_\_ ， 数量：\_\_\_\_\_\_个，其中自有场所\_\_\_\_\_ 个，租赁或其他场所\_\_\_\_\_\_个

（可根据申报培训项目添加）

\*3.1.2 教学场地取得合规证明情况（可多选）

a□消防安全合规证明

b□劳保规定合规证明

c□环境卫生合规证明

d□其他合规证明

（证明材料3-1）

**3.2 实践机构**

3.2.1 培训项目1实践机构数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有机构\_\_\_\_\_\_ 个，合作机构\_\_\_\_\_\_ 个

3.2.2 培训项目2实践机构数量：\_\_\_\_\_\_ 个，其中自有机构\_\_\_\_\_\_ 个，合作机构\_\_\_\_\_\_ 个

（可根据申报培训项目数量添加）

（证明材料3-2）

**\*3.3 培训设备**

用于培训项目的设备清单

（证明材料3-3）

\***3.4 信息系统**

是否利用现代信息技术，借助互联网和局域网等建立辅助学习的资源平台以及管平台，能对培训管理过程进行信息追溯：□否 □是。

（证明材料3-4）

\***3.5 学习平台**

是否提供远程教育服务：□否 □是，网址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 服务管理**

\***4.1 通用要求**

4.1.1通用管理制度（证明材料4-1-1）

4.1.2申请组织是否获得过其他认证机构的管理体系认证： □否 □是 如是，请填写：

认证机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，认证标准：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

证书有效期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_认证机构最后一次审核日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如证书已被暂停或撤销，请说明被暂停或撤销的时间和原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（证明材料4-1-2）

4.1.3 是否接受过认证咨询： □否 □是，如是，请填写：

咨询机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，咨询地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\***4.2 特定要求**

4.2.1 服务设计管理制度（证明材料4-2-1）

4.2.2招生管理制度（证明材料4-2-2）

4.2.3人员管理制度（证明材料4-2-3）

4.2.4培训与考核管理制度（证明材料4-2-4）

4.2.5证书管理制度（证明材料4-2-5）

4.2.6投诉管理制度（证明材料4-2-6）

\***5 人员情况**

5.1学习支持人员： 专职人数：\_\_\_\_\_人， 兼职人数：\_\_\_\_人，专兼职人数比：\_\_\_\_%

（证明材料5-1）

5.2 培训师资：专职师资人数：\_\_\_\_\_人， 兼职师资人数：\_\_\_\_人，专兼职人数比：\_\_\_\_% （证明材料5-2）

注1：学习支持人员指的是负责中医养生保健技术培训服务专项学习支持的人员，包括但不限于：负责人、教学管理人员（例，班主任）、办公室人员以及财务管理人员等。

注2：培训师资指的是具体提供中医养生保健技术培训的专兼职人员。

注3：既是学习支持人员也是培训师资人员者，学习支持人员和培训师资相关信息和表格均需填写。

\***6. 其他说明**

6.1 是否有外包事项： □否 □是，如有请具体描述及证明材料（证明材料6-1）

6.2 是否存在多场所/临时场所：□否 □是（证明材料6-2）

注：多场所指申请组织拥有多个现场，每个现场应与总部具有法律或合同关系，并运行相同的服务系统。

当认证覆盖多组织时，请说明组织间关系，保持和多场所信息一致：

法人是否相同： □否 □是

组织机构是否相同： □否 □是

组织地址是否相同： □否 □是

文件化的服务管理体系是否相同： □否 □是

内审、管理评审是否覆盖全部组织： □否 □是

6.3 有无特殊危险区域或限制审核的要求： □无 □有（证明材料6-3）

6.4 近一年来是否存在上级主管部门处罚、媒体负面报道、法律纠纷等情况：

□否 □是（证明材料6-4）