**แบบกรอกข้อมูลและคำรับรองจากนายจ้าง/ผู้บริหารของสถานประกอบกิจการในการสมัครเข้าร่วมทดสอบระบบ**

**แพลตฟอร์มระบบรายงานจุดเสี่ยงอันตรายและประเมินความเสี่ยงขั้นต้น**

**“โครงการพัฒนานวัตกรรมด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ประจำปี 2565”**

1. **ชื่อผู้ประสานงาน**

หน่วยงาน/แผนก/ฝ่าย

เบอร์โทรศัพท์ E-mail:

1. **ชื่อสถานประกอบกิจการ**

ที่ตั้ง

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ โทรสาร

Website (ถ้ามี)

1. **คำรับรองของนายจ้าง/ผู้บริหารของสถานประกอบกิจการ/สถานศึกษา**

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

( ) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นถูกต้องและเป็นจริง

( ) ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดการสมัครเข้าร่วมโครงการอย่างครบถ้วน

( ) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานประกอบกิจการสามารถใช้งานระบบ Internet ผ่านโครงข่ายของ สถานประกอบกิจการเพื่อการทดสอบระบบได้

( ) ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลรวมไปถึงให้ความร่วมมือในการกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานจุดเสี่ยงอันตราย การประเมินความเสี่ยง การติดตาม การจัดทำแผนเฝ้าระวัง การติดตามการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขด้านความปลอดภัยฯ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สถานประกอบกิจการเข้าร่วมในโครงการดังกล่าวโดยสมัครใจ และพร้อมสนับสนุนบุคลากรของสถานประกอบกิจการเข้าร่วมโครงการ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

**ลงชื่อ** **นายจ้าง/ผู้บริหารของสถานประกอบกิจการ/สถานศึกษา**

( )

**วันที่**

**สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านเปิดเผยใน Web-based application จะเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยต่อสาธารณะ โดยจะเปิดเผยเฉพาะข้อบกพร่อง ปัญหา ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ และการยอมรับได้ของ Web-based application เท่านั้น**