

## 事業用爆炸物管理員輔導事項稽核表

應輔導項目（完成者請打勾）		完成日期	簽名	
法令依據	說明	(年/月/日)	輔導者	受輔導者
<input type="checkbox"/> 協助辦理爆炸物領、退料作業及點交爆炸物	1.至火藥庫辦理領、退（收、發）料 2.於適當地點點交爆炸物			
<input type="checkbox"/> 協助核對爆炸物領、退料單之填寫與記載事項及核對所列欄位人員簽名者之資格。	1.爆破專業人員均依所執行職務於欄位簽名，且為經核准之爆破專業人員名冊人員所列人員 2.爆炸物品名規格、數量正確			
<input type="checkbox"/> 協助辦理中央主管機關指定之各項查核措施	1.火藥庫自主檢查表（每月） 2.火藥庫自行加強檢查（中央主管機關不定期要求） （擇一辦理）			
<input type="checkbox"/> 操作中央主管機關指定申辦爆炸物相關案件及造報書表簿冊之網站	事業用爆炸物 e 網服務系統操作（辦理申配、人員名冊異動、造報旬、月報等）			
<input type="checkbox"/> 會同辦理中央主管機關派員檢查火藥庫、爆炸物使用場所之安全設施或爆炸物管理事項 （擇一辦理）	1.參加中央主管機關所辦「事業用爆炸物儲存管理及火藥庫安全設施檢查」 2.參加中央主管機關所辦「事業用爆炸物儲存管理及火藥庫安全設施聯合檢查（每年九至十月間）」			

本表經輔導者輔導\_\_\_\_\_（請填受輔導者姓名）完成事業用爆炸物管理員資格及任免管理辦法第四條第二項所列各款事項，最後完成日期為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

備註：輔導者不限一人，但應依所輔導事項於該項目欄位簽名。

佐 證 照 片

(列舉上述應輔導項目之照片)

# 在職證明書

遴用單位資料											
名稱							負責人 (法定代理人)				
統一編號							(遴用單位印信及負責人章)				
電話											
傳真											
地址											
受遴用人資料											
姓名						出生日期	年	月	日		
國民身分證 統一編號											
連絡電話	公： 手機：										
地址											
到職日期	年	月	日	任職年資			年	月			
填表人						填表日期	年	月	日		

### 事業用爆炸物管理員客觀事實認定切結書

姓 名	
國民身分證統一編號	
生 日	

茲遴用上述人員為本公司（單位）之事業用爆炸物管理員，並聲明如下：

- 一、該員已完成相關健康檢查，經評估適任爆炸物管理及使用等相關作業。
- 二、該員於管理及使用爆炸物期間，如有不適任情形，將停止其管理或使用爆炸物
- 三、該員適任爆炸物管理及使用之客觀事實消失時，將依規定指定適當之人代理或接替，並報中央主管機關核准。
- 四、相關評估之健康檢查書件及其他足資證明其適任情形之書面資料，自該員任職起至離職後三年內均妥善保存，以茲備查。

印鑑	
立切結書人（遴用單位）	法定代理人（負責人）

切結日期：                      年                      月                      日

### 邀請相關專科醫師及學者專家組成小組認定申請書

\_\_\_\_\_（國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_）因有客觀事實足認其不能執行爆炸物使用或管理業務之疑義，茲申請主管機關邀請相關專科醫師及學者專家組成小組認定。

申請人：		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 爆炸物管理員遴用單位 <input type="checkbox"/> 爆破專業人員僱用或委託單位
申請時間 及案由	年 月 日	<input type="checkbox"/> 遴用爆炸物管理員 <input type="checkbox"/> 造報爆炸物爆破專業人員名冊 <input type="checkbox"/> 任職中之爆炸物管理員 <input type="checkbox"/> 任職中之爆破專業人員

申請事由說明（如有相關書件請併附）：

印鑑（本人申請請蓋私章）：

申請單位印鑑
--------

負責人印鑑
-------