附表：

**换发认可证书申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **以下由认证客户填写** | | | | |
| 获证企业名称 |  | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 认证领域 | □QMS 证书编号:  □EMS 证书编号:  □OHSMS 证书编号: | | | |
| 申请理由 | 换发带有CNAS认可标识的证书 | | | |
| 获证客户代表签字:  （加盖公章）  填表日期: 年 月 日 | | | | |
| **以下由三信公司填写** | | | | |
| 项目管理人员  （审核管理部） | | * 同意换发□QMS □EMS □OHSMS换发CNAS认可标识证书 * 补充审核   项目管理人员签字： 日期： 年 月 日 | | |
| 认证决定意见 | | * 同意换发□QMS □EMS □OHSMS换发CNAS认可标识证书 * 不同意换发（原因为: ）   认证决定人员签字： 日期： 年 月 日 | | |
| 批 准 意 见 | | □ 同意认证决定意见    □ 不同意认证决定意见并说明情况：  公司负责人签名： 日期： 年 月 日 | | |