附件1

**恢复营业申请表**

经营场所名称（盖章）： 经营主体负责人签字：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | |
| 1.经营场所主要负责人 | 姓名 |  | 手机 | |  |
| 2.经营场所疫情防控专职负责人 | 姓名 |  | 手机 | |  |
| 3.申请恢复营业时间 | 年 月 日 | | | | |
| 4.复工人员情况 | 复工人  员总数 |  | 其中申请复工日前14天外出返洛人员数量 | |  |
| 二、恢复营业前防疫工作落实情况 | | | | | |
| 1.是否对全部复工人员进行了健康排查 | | | |  | |
| 2.是否有来自湖北和其他重点疫区的职工或与病例有过接触的职工 | | | |  | |
| 3.健康排查过程中是否发现与新冠肺炎疫情相关的异常情况 | | | |  | |
| 4.是否制定疫情防控方案 | | | | 如已制定请附后 | |
| 5.是否制定疫情应急预案 | | | | 如已制定请附后 | |
| 6.是否已对经营场所内人员密集区进行消毒处理 | | | |  | |
| 7.一次性医用防护口罩储备数量（只） | | | |  | |
| 8.体温检测设备储备数量（只） | | | |  | |
| 9.消毒用品储备情况 | | | |  | |
| 三、恢复营业后防疫工作安排情况 | | | | | |
| 1.是否每日上下午上班前对员工进行体温检测 | | | |  | |
| 2.是否保障复工人员日均使用医用一次性防护口罩一个以上 | | | |  | |
| 3.是否确保对经营场所重点区域每天保持通风并消毒2次以上 | | | |  | |
| 4.是否确保如发现异常情况立即向所辖社区报告 | | | |  | |
| 我单位已按照《关于做好部分生活性服务业经营主体有序恢复经营工作的通知》文件要求进行自查，符合恢复营业标准，我单位承诺，如有虚假申报，愿承担法律责任。 | | | | | |

附件2

**恢复营业单位员工信息登记表**

填报单位： 地址： 经营主体负责人： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **员工姓名** | **身份证号码** | **来源地/途径地** | **手机号码** | **现居住详细地址** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

抄送：县应对新型冠状病毒感染肺炎疫情工作领导小组各工作组。

洛南县应对新型冠状病毒感染肺炎疫情工作领导小组办公室 2020年3月10日印发