附件1

女职工特殊关爱室满意度评价表

请您对“女职工特殊关爱室”使用的便捷性、硬件设施、环境清洁温馨程度及其他服务作出如实评价：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **评价内容** | **非常满意**  **（10分）** | **比较满意（8分）** | **感觉一般（6分）** | **不太满意（4分）** | **很不满意（0分）** |
| 硬件设施 |  |  |  |  |  |
| 内部环境 |  |  |  |  |  |
| 服务内容 |  |  |  |  |  |
| 服务时间 |  |  |  |  |  |
| 服务管理 |  |  |  |  |  |
| 服务质量 |  |  |  |  |  |
| 卫生安全 |  |  |  |  |  |
| 私密舒适 |  |  |  |  |  |
| 各类活动 |  |  |  |  |  |
| 总体感觉 |  |  |  |  |  |
| 改进建议 |  | | | | |

附件2

大连市总工会“女职工特殊关爱室”设立申请表

基层单位工会（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位名称** | |  | | | | |
| **女职工人数** | |  | | | | |
| **建 立 位 置** | | □企业 □机关事业 □楼宇□园区 其他（打√） | | | | |
| **详 细 地 址** | | （邮政编码： ） | | | | |
| **单位工会负责人姓名** | |  | | **手机号码** | |  |
| **联系人姓名** | |  | | **手机号码** | |  |
| **微信号** | |  |
| **管 理 主 体** | | □工会管理 □物业管理 □其他 | | | | |
| **开 放 时 间** | | 上午点到点；中午点到点；下午点到点 | | | | |
| **使 用 对 象** | | □本单位职工 □楼宇园区内职工 □ 其他（自行填写） | | | | |
| **申请的主要扶助设施**  **（请在所需物品类别前**  **选择其一打√）** | | □A类：电冰箱1台  □B类：空调1台  □C类：空气净化器1台 | | | | |
| **是否愿意向社会开放（请在所需内容前打√）** | | □愿意 | | | | |
| □不愿意 | 原因： | | | |
| **区市县（开放先导区）**  **总工会、产业工会意见** | **(盖 章)**  **年 月 日** | | **市 总 女 职 工 部 意 见** | | **(盖 章)**  **年 月 日** | |
| **备注：**请按照表格逐项填写，勿缺漏，便于采编相关信息，为今后提供配套服务做好  基础工作。 | | | | | | |

附件3

大连市总工会“女职工特殊关爱室”优化升级认定表

申报单位名称（盖印）： 填表日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所属区市县（开放先导区）总工会、产业工会名称** | | | |  | | | | |
| **女职工满意度** | **分** | | | **创优升级** | | | **□优质室 □示范室** | |
| **考核**  **内容** | **主 要 指 标** | | | **主要指标说明（具体标准）** | | | **自查**  **情况** | **考核情况** |
| 党政  重视 | 党政给与必要的资金和设施投入 | | | 有资金、设施投入记录 | | |  |  |
| 同级工会纳入工会工作议程，有专人负责 | | | 有相关会议记录等佐证材料 | | |  |  |
| 工会女职工组织积极、主动推动建设工作 | | | 建设工作材料 | | |  |  |
| 管理  规范 | 制定并严格遵守  各项制度 | | | 有使用登记制度 | | |  |  |
| 有清洁管理、防疫消杀制度 | | |  |  |
| 有安全管理制度 | | |  |  |
| 延伸  服务 | 相关培训或活动 | | | 开展女性健康知识讲座（场/年） | | |  |  |
| 开设母婴课堂（场/年） | | |  |  |
| 开展心理疏导服务（场/年） | | |  |  |
| 其他（ ） | | |  |  |
| 优质  关爱室申报  条件 | 关爱室铭牌、标识明显，有醒目的外部指引 | | | | | |  |  |
| 独立空间、面积在10平方米以上 | | | | | |  |  |
| 具备良好采光通风条件 | | | | | |  |  |
| 有空调或风扇 | | | | | |  |  |
| 有冰箱 | | | | | |  |  |
| 有消毒设施 | | | | | |  |  |
| 有桌椅或沙发 | | | | | |  |  |
| 有物品储存设施 | | | | | |  |  |
| 防滑地面 | | | | | |  |  |
| 有饮水设备 | | | | | |  |  |
| 室内或附近有盥洗设施及清洁操作台 | | | | | |  |  |
| 有母婴亟需物品备品 | | | | | |  |  |
| 有防疫消毒杀菌物资 | | | | | |  |  |
| 室内温馨、环境整洁舒适 | | | | | |  |  |
| 使用人数达10人以上（检查使用登记） | | | | | |  |  |
| 示范性关爱室申报  条件 | 关爱室铭牌、标识明显，有醒目的外部指引 | | | | | |  |  |
| 独立房间，面积在20平方米以上或累计面积30平方米以上 | | | | | |  |  |
| 房间有窗，具备良好采光通风条件 | | | | | |  |  |
| 室内有隔断、屏风、软帘等（保证个人私密性需求） | | | | | |  |  |
| 有空调或风扇 | | | | | |  |  |
| 有空气净化器或新风系统 | | | | | |  |  |
| 有冰箱 | | | | | |  |  |
| 有消毒设施 | | | | | |  |  |
| 有桌椅或沙发 | | | | | |  |  |
| 有休息床 | | | | | |  |  |
| 有物品储存设施 | | | | | |  |  |
| 防滑地面 | | | | | |  |  |
| 有饮水设备 | | | | | |  |  |
| 室内或附近有盥洗设施及清洁操作台 | | | | | |  |  |
| 有母婴亟需物品备品 | | | | | |  |  |
| 有防疫消毒杀菌物资 | | | | | |  |  |
| 室内温馨、环境整洁舒适、整体装饰设计暖心、人性化 | | | | | |  |  |
| 使用人数达15人以上（检查使用登记） | | | | | |  |  |
| **优化配置**  **（具备两项以上）** | | 音响设备 | | | |  |  |
| 健身器材 | | | |  |  |
| 心理辅导工具 | | | |  |  |
| 按摩设备 | | | |  |  |
| 婴儿床 | | | |  |  |
| 其他相关设施（ ） | | | |  |  |
| 单位工会  意见  （盖章） | |  | | | 单位行政意见  （盖章） |  | | |
| 区市县（开放先导区）  总工会、  产业工会  意见  （盖章） | |  | | | 市总工会  女职工部  意见  （盖章） |  | | |

附件4

大连市总工会“女职工特殊关爱室”注销申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位 | |  | | 所属区市县（开放先导区）总工会、产业工会 | |  | |
| 申请人 |  | | 申请人  职务 |  | 联系电话 | |  |
| 现有固定资产  情况 | |  | | 固定资产处理  情况 | |  | |
| 取消原因说明 | |  | | | | | |
| 本级工会意见（工会印章）  年 月 日 | | | 所属区市县（开放先导区）总工会、产业工会意见（工会印章）  年 月 日 | | 市总工会相关部门意见（印章）  年 月 日 | | |