

東京都食品衛生自主管理認証制度に基づく認証審査申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

一般財団法人日本ガス機器検査協会QA事業部 行

JIA-QAセンターが指定審査事業者として実施する東京都食品衛生自主管理認証制度に基づく認証を希望します。

認証希望 事業所情報	名称			
	所在地	〒		
	業務内容	従業員数 (パート含む)		人
		対象箇所の 面積	約	m ² (坪)
事業所 ご担当者氏名 (肩書)	()	TEL		
		FAX		

≫事前指導を希望される場合の時期： 年 月頃

≫コンサルタント状況について コンサルタント (契約していない・契約している)

契約している場合→ご契約状況会社名： _____

ご担当者氏名： _____ (TEL _____)

「東京都食品衛生自主管理認証制度・実施要綱第34に基づく事前説明書」の内容を理解、承諾の上、JIA-QAセンター認証審査を申し込みます。受審に際し、該当する要求事項を遵守し、審査に必要なすべての情報を提供します。

なお、実際に認証申請する場合には、「認証申請書」(実施要綱第1号様式)を提出した後、「東京都食品衛生自主管理認証業務確認書」を取り交わし、見積書に基づく費用を請求書に基づき支払います。

申込者	組織名			
	申込者(肩書) ご署名	()		捺印
連絡先	住所	〒		
	TEL	FAX	E-mail	

(認証を希望される事業所が二か所以上の場合、次ページを必要枚数複写してご使用ください)

認証希望 事業所情報	名称				
	所在地	〒			
	業務内容		従業員数 (パート含む)	人	
			対象箇所の 面積	約	m ² (坪)
事業所 ご担当者氏名 (肩書)	()	TEL			
		FAX			

認証希望 事業所情報	名称				
	所在地	〒			
	業務内容		従業員数 (パート含む)	人	
			対象箇所の 面積	約	m ² (坪)
事業所 ご担当者氏名 (肩書)	()	TEL			
		FAX			

認証希望 事業所情報	名称				
	所在地	〒			
	業務内容		従業員数 (パート含む)	人	
			対象箇所の 面積	約	m ² (坪)
事業所 ご担当者氏名 (肩書)	()	TEL			
		FAX			