日本海事検定キューエイ(株)　審査部カスタマーサービスグループ（toroku@nkkkqa.co.jp）宛

**移転申込書**

申込日：　　　　 年　　 　月　　　 日

審査登録に関する要求事項を遵守し、審査登録業務に必要なすべての情報を提供すること、及び移転元認証機関がNKKKQAに認証に関する情報を提供することに同意いたします。

※記入例及び別紙2注意を確認し、システムの種類毎にご記入の上、ご提出下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| システムの種類 | □QMS　　□EMS　　□FSMS　　□FSSC　　□ISMS　　□HACCP |
| 登録組織情報 | 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| URL | http://www. |
| システム最高責任者（経営者） | 名称 |  | 所属/役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 契約書署名者（契約者） | 名称 |  | 所属/役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 審査の規格 |  |
| 認証範囲（現在の認証範囲） |  |
| 認証範囲要員 | 総要員数 | 人 | 内訳：管理要員　　　　　人／作業要員（ﾄﾞﾗｲﾊﾞｰ、ﾗｲﾝ作業者等）　　 　人 |
| 交代勤務 | □有　※有りの場合は別紙1へ事業所毎に何直かをご記入下さい　　　□無　 |
| 認定機関 | QMS | □JAB □RvA | EMS/FSMS/FSSC | □JAB | ISMS | □ISMS-AC |
| 適合証の表記 | □和文　 □英文（RvA認定の場合は必須） |
| 管理責任者 | 名称 |  | 所属/役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 連絡窓口担当者 | 名称 |  | 所属/役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| その他のご要望 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 弊社使用欄 | 受理年月日 | 受理番号 | 備考 | 担当 | 承認 |
|  |  |  |  |  |

弊社は、審査登録申請の過程において知り得た事業者の機密を保持し、守秘義務を遵守いたします。また、ご記入いただいた個人情報は、審査登録に関わる連絡・調整ならびに関連する情報のご案内等に利用させていただきます。

別紙1　　**認証範囲の事業所**（すべての申請でご提出願います。）　　　　 ＊すべての事業所（既登録分も含め）をご記入願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 事業所名（サイト単位） | 住所＊珍しい地名の場合、フリガナをご記入下さい | TEL | 要員数 | 交代勤務数 | 通常審査時間外（早朝/夜間）のみ行っている活動の有無 | 工程／業務内容 |
| 管理要員 | 作業要員 |
| 1 |  | 住所が複数にまたがる場合は住所毎の要員数をご記入下さい |  |  |  | 通常審査時間は、9：00～17：00とします。「有」の場合、別紙4「勤務状況確認チェックリスト」に詳細をご記入ください。 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

別紙２

**マネジメントシステム情報**

1. 現在の認証登録に関する下記情報をご記入下さい。

①　認証機関名　：

②　認定機関名　：　□ JAB（日本）　 　□ その他

③　適用規格　　：　□ ISO 9001 ( JIS Q 9001 ) 適用不可能な箇条　□　無し

□　有り　（箇条　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　□ ISO 14001 ( JIS Q 14001 )

□ ISO 22000

□ FSSC22000

□ ISO 27001 ( JIS Q 27001 )

④　初回認証日　　　：　　　　　　年　　月　　日　　　　　認証有効期限　：　　　　　年　　月　　日

1. サーベイランス審査の実施頻度　：　□ 年二回（　　月と　　月）　　□ 年一回（　　月）
2. 直近に受審した認証審査　：　　 　年　　月　　日　　人×　　日

（□ 初回　 □ 再認証　 □ 第　　回サーベイランス審査）

1. 上記⑥及び以降で受審した審査において指摘された不適合および観察事項は何件ございましたでしょうか。

また、その中で、現在終結していないものはございますでしょうか。

【全体】不適合　　　件　観察事項　　　件　【未終結分】□ 無し　　□ 有り　　　件（規格箇条　　　　　　　）

1. 審査認証機関の移転をご希望された理由をご記入下さい。

３．その他のご要望

４．直近の審査以降に御社が受けた苦情

　□なし・□あり（苦情の内容及び御社が取られた処置に関する情報をご提供ください）

５．認証範囲の活動において、係争中の案件の有無

　□なし・□あり（ある場合は、関連する情報をご提供ください）

６．以下のご提供をお願いいたします。

 ・現認証機関が発行している有効な登録証

 ・現認証機関が策定している現認証の有効期間内の審査計画（審査プログラム）に関する情報

 ・直近の再認証審査報告書（認証取得後3年以内の場合は初回審査報告書）及びその後全てのサーベイランス報告書

注意：

1)認証範囲の事業所情報については、“認証範囲の事業所”（別紙１）にご記入願います。マネジメントシステムの構築に付随する情報につきましては、“マネジメントシステム情報”（別紙２）にご記入願います。

2)添付資料として、**現在の認証機関から発行されている有効な「登録証」**、全社の組織図（人名・職位・役割・要員数においてマニュアル内の組織図を補足するもの）、会社案内または製品案内書、他に貴社で添付の必要があると思われる資料があればご提出下さい。

3)認証登録事業者情報は原則公開されますが、ご希望により非公開とすることが出来ます。

4)未終結の重大な不適合がある場合等、専門性を持った要員の訪問により認証の有効性を確認する必要がある場合は、審査料相当額（1時間単位）及び付帯費を申し受けます。

別紙4

**勤務状況確認チェックリスト**

組織名称：

下記項目について太枠内へご記入下さい。

なお、通常審査時間外の審査が必要な場合は、審査スケジュールにてご案内致します。（別途、付帯費が発生した場合は、ご負担をお願い致します。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間帯による活動の違いがある事業所 | 通常審査時間外（早朝/夜間）のみ行っている活動内容及び該当部署 | 活動時間帯＊提出時点での状況をご記載下さい。 | 時間帯業務責任者への通常審査時間帯での面談の可否 | 弊社使用欄 |
| 要／不要 | 通常時間外審査の必要性と頻度及び理由 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 確認日 |  |