申請日：　　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に同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 審査の規格 | [ ]  CODEX GENERAL PRINCIPLES OF FOOD HYGIENE CXC 1-1969:2020 |
| 登録組織情報 | 法人番号 |  |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
|  |
| 契約者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 製造品目 |  |
| 認証範囲要員 | 要員数 | 　人 |
| 交代勤務 | [ ] 有　 | [ ] 無 |
| 季節的活動の有無 | [ ] 有　 | [ ] 無 |
| 工場の勤務時間 |  |
| 連絡担当者/HACCPチームリーダー | 氏名 |  |
| 所属/役職 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 受審希望日 | 初回第一段階 | 　　年　月　日頃 | クリックまたはタップして日付を入力してください。　　  |  |