食品工場GMP達成度診断 申込書

一般財団法人食品環境検査協会 殿

下記の通りGMP達成度診断を依頼します。　**（2重線＝枠内をご記入ください）**

申込日：

依頼者			
住　所	〒		
担当者	所属	役職	氏名
	TEL FAX	メールアドレス	
診断工場名			

点線枠内は、依頼者と異なる場合のみご記入ください。

工場住所	〒		
工場担当者	所属	役職	氏名
	TEL FAX	メールアドレス	
料金請求先	□ ；工場	□ ；その他（下欄に必要事項を記入してください）	
請求先		部課名	担当者名
住　所	〒		TEL FAX
レポート送付先	□ ；工場	□ ；その他（下欄に必要事項を記入してください）	
送付先		部課名	担当者名
住　所	〒		TEL FAX

診断対象工場の製造品目	
通信欄（診断希望日等）	

以上の内容を確認のうえ、協会担当者より折り返しご連絡させていただきます。

診断員の旅費は、別途請求させていただきます。

ご依頼された診断の情報及び結果は、ご依頼者様及びご指定いただいた方以外に開示いたしません。

協会使用欄

受付	診断担当者	レポート作成	レポート確認	決裁

受付年月日	年　月　日
診断日	年　月　日
レポート発行日	年　月　日
受付番号	