



LLOYD'S REGISTER QUALITY ASSURANCE

Japan Business Centre, Queen's Tower A, 10th Floor
2-3-1Minatomirai, Nishi-ku, Yokohama 220-6010, Japan
TELEPHONE 045 682 5280 FAX 045 682 5289

CUSTOMER INFORMATION FORM (ISO22000審査見積依頼書)

社名及び事業所名は英語でご記入下さい。
該当の製品・サービスのカタログを添えて郵送して下さい。

ご希望の審査・サービスをお選び下さい ISO22000 22000以外

Contact Location 連絡先			
会社名/事業所名		担当者名(フリガナ)	
Company Name		E-mail Address	
住所(フリガナ)		担当者所属部門	
Post code 郵便番号	Tel No	Fax No	Mail Address

Main Location COMPANY DETAILS 審査場所の詳細		
Company Name (会社名、事業所名)		
住所(フリガナ)		
Post code	Tel No	Fax No

Site 1 COMPANY DETAILS 審査場所の詳細		
Company Name (会社名、事業所名)		
住所(フリガナ)		
Post code	Tel No	Fax No

Site 2 COMPANY DETAILS 審査場所の詳細		
Company Name (会社名、事業所名)		
住所(フリガナ)		
Post code	Tel No	Fax No

事業所が4ヶ所以上の場合、このページをコピーし、ご記入下さい。

Categories カテゴリー
1) HACCPは取得済みですか YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) HACCPの種類 総合衛生管理製造過程 <input type="checkbox"/> 他国のHACCP <input type="checkbox"/> 規格名があればその名称 ()
3) 次の4つのうちのどの業種で取得済または取得予定ですか? ※最も近い業種をチェック <input type="checkbox"/> 農畜水産物の生産、前処理、加工、取扱、包装、輸送、仕訳 <input type="checkbox"/> 農畜水産物の生産、前処理、加工、取扱、包装 または 非食品の生産及び配送サービス <input type="checkbox"/> 非包装の食品の輸送及び仕訳 <input type="checkbox"/> 包装済食品の輸送及び仕訳 コメントがありましたらご記入下さい ()

Program プログラム			
HACCPでの重要管理ポイント (CCP) をご記入下さい (資料別添でも可)。			
ポイント1		ポイント4	
ポイント2		ポイント5	
ポイント3		ポイント6	

Outline of Product lines or Product groups 製造ラインまたは製品グループの概要	
Contents of product lines (ハザード分析により分別される) 製造ラインまたは製品グループがある程度まとまっておりますらご記入下さい	
1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

Activities 活動内容	合計人数:							シフトワーク 有・無
製造ラインまたは製品グループごとに人数が各部署でどの程度割り当てられているかについてご記入下さい。なお、事業所が2ヶ所以上となる場合、このページをコピーし、ご記入下さい(煩雑になる場合、資料別添も可)。								
活動内容 /ラインまたはグループごとの人数	ライン1	ライン2	ライン3	ライン4	ライン5	ライン6	ライン7	
経営層 品質保証/品質管理								
営業等 見積り/契約・受注								
購買/調達								
設計/開発								
製造/加工								
倉庫/配送								

上記以外の活動がある場合は空欄をご利用下さい

Proposed Scope of Approval 認証範囲	
御希望の認証範囲を御記入下さい(英語または日本語) (例) (Design and manufacture of A product./A製品の設計及び製造。)	
マニュアルを発行していますか? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (マニュアル発行予定 年 月頃)	ギャップアナリシス・教育研修(派遣・通学)の申し込み <input type="checkbox"/> ギャップアナリシス <input type="checkbox"/> 教育研修(派遣・通学)を希望 何日間をご希望ですか? <input type="checkbox"/> 1日(原則7時間程度) <input type="checkbox"/> 2日 <input type="checkbox"/> 3日 半日程度の場合、()時間程度を希望 上記審査・サービスのプログラム <input type="checkbox"/> 自社で準備 <input type="checkbox"/> LRQA提案を希望 教育研修の場合、()近辺を希望※ご希望に添えない場合もあります 営業担当者の訪問希望 年 月 日 時頃訪問希望
ご希望の審査時期は? ギャップアナリシス 年 月 頃 ステージ1 審査(文書審査) 年 月 頃 ステージ2 審査(実地審査) 年 月 頃	
※ISO22000以外のお客様: ISO22000にUpgradeする御予定はありますか? <input type="checkbox"/> Yes (年 月 頃) <input type="checkbox"/> No	
弊社を何によって知っていただけましたか?(いくつでも構いませんので、該当する項目の□にチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> コンサルタント <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 書籍、新聞 <input type="checkbox"/> 他のお客様からのご紹介 <input type="checkbox"/> 審査員を通じて <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> セミナー・講演会 <input type="checkbox"/> その他 ()	
Form completed by サイン	Title 所属部門
Date 日付	

御記入ありがとうございました(全てお書きになれない場合など、ご不明な点は営業担当者がフォローさせていただきます)