

## AIB フードセーフティ (GMP) 指導・監査申込書

(原則として実施希望月の3ヶ月前までに FAX にてお申し込みください)

使用する AIB 統合基準の選択		指導・監査の選択
<input type="checkbox"/> フードセーフティ <input type="checkbox"/> 包装資材製造施設		<input type="checkbox"/> 監査 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 導入時の指導 (初回のみ2日間)
<input type="checkbox"/> 小規模食品製造 <input type="checkbox"/> 流通倉庫		
<input type="checkbox"/> その他コンサルティング(セミナー講師等)		
依頼予定日数	( ) 日間	
事前通知	<input type="checkbox"/> 事前通知あり <input type="checkbox"/> 抜打ち監査 (どちらかお選びください)	
実施希望月*	第一希望	
	第二希望	
	第三希望	

\* 監査日程につきましては、調整後改めて通知いたします。

依頼会社	日本語名		
	英語名		
担当者連絡先	部署		
	氏名	(フリガナ )	
	住所	フリガナ	
		〒	
	TEL	FAX	

対象施設	日本語名		
	英語名		
	所在地	フリガナ	
		〒	
	TEL	FAX	
監査ライン	延べ床面積	m <sup>2</sup>	

備考欄	
-----	--