

## 支援申込書（いわゆる基準B）

年 月 日

一般社団法人 日本食品添加物協会GMP事務局 宛

FAX 03-3667-2860

TEL 03-3667-8311

下記事業所/工場において「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理（いわゆる基準B）」に基づく支援を申請します。

申込責任者： \_\_\_\_\_ 印

|               |   |
|---------------|---|
| 1. 会社名・事業所名   |   |
| 2. 対象部門名      | 部門名： _____ 人数： _____  |
| 3. 連絡担当者      | 氏名 _____ 部署・役職 _____<br>TEL _____ FAX _____<br>住所 〒 _____<br>Eメールアドレス： _____  |
| 4. 食品衛生管理者    | 氏名 _____ 部署・役職 _____  |
| 5. 確認基準       | HACCP導入の手引書（50名未満、混合・小分け、ガス充填）  |
| 6. 支援の内容      | 1. 計画書の作成    2. 計画書の確認    3. 運用状況の確認  |
| 7. 主な製品について   | <p>【対象製品群】</p> <p>①添加物分類：1. 指定、2. 既存、3. 天然香料、4. 一般飲食物</p> <p>②製造する業態：1. 原体、2. 製剤、3. 小分け、4. その他</p> <p>③既存添加物の成分規格：1. 有、2. 無、3. 一部有</p> <p>④主要製品（ _____ ）</p> <p>※主要5製品群程度、物質名、一括名、用途名等で記載</p> <p>⑤アレルギー（特定原材料）の使用：1. 有、2. 無</p> |
| 8. 主な製造法      | 1. 粉体混合、2. 液体混合、3. 合成、4. 抽出、5. その他  |
| 9. 支援希望日      | 第一希望日： _____ 月 _____ 日<br>第二希望日： _____ 月 _____ 日<br>第三希望日： _____ 月 _____ 日  |
| 10. 支援に関するご要望 |   |

## 支援申込書（いわゆる基準B）（記入事例）

一般社団法人日本食品添加物協会GMP事務局宛

下記事業所/工場において「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理（いわゆる基準B）」に基づく支援を申請します。

申込責任者：氏名 印

|               |   |
|---------------|---|
| 1. 会社名・事業所名   | 会社名： <span style="float: right;">事業所名/工場名：〇〇工場</span>   |
| 2. 対象部門       | 対象部門： <span style="float: right;">人数：</span><br>※対象人数は、製造に従事している従業員数です。パート社員、派遣社員も含みます。<br>食品添加物以外の作業を掛け持ちされている人については、食品添加物への関与割合から算出して下さい。   |
| 3. 連絡担当者      | 支援日程の連絡等、GMP事務局との連絡担当者の氏名、部署・役職、TEL、FAX、住所及びEメールアドレスを記載して下さい。   |
| 4. 食品衛生管理者    | 氏名、部署・役職を記載して下さい。   |
| 5. 確認基準       | 支援を希望される基準に○を付けて下さい。  |
| 6. 支援の内容      | 1. 衛生管理計画書の作成に関する支援<br>2. 出来上がった衛生管理計画書の確認（運用前の確認）<br>3. 衛生管理計画書に基づく運用状況の確認<br>該当する支援の番号に○を付けて下さい。  |
| 7. 主な製品について   | ◆対象製品群<br>①添加物分類：該当する番号に○を付けて下さい。<br>②製造する業態：該当する番号に○を付けて下さい。<br>③既存添加物の成分規格：該当する番号に○を付けて下さい。<br>④主要製品：主要3～5製品群程度 )<br>※物質名、一括名、用途名等で記載のこと。<br>(商品名ではありません。)<br>⑤アレルギー(特定原材料)の使用：<br>該当する番号に○を付けて下さい。 |
| 8. 主な製造法      | 該当する番号に○を付けて下さい。  |
| 9. 支援希望日      | アドバイザーと日程調整しますので、第一希望から第三希望まで記載して下さい。   |
| 10. 支援に関するご要望 | 特に、一般衛生管理の改善措置について、ご指導をお願いしたい。  |