

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 _____ TEL _____ FAX _____ 住所 〒 _____ 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、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	【対象製品群】 ①添加物分類：1. 指定、2. 既存、3. 天然香料、4. 一般飲食物 ②製造する業態：1. 原体、2. 製剤、3. 小分け、4. その他 ③既存添加物の成分規格：1. 有、2. 無、3. 一部有 ④主要製品（ _____ ） ※主要5製品群程度、物質名、一括名、用途名等で記載 ⑤アレルギー（特定原材料）の使用：1. 有、2. 無
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 第二希望日： _____ 月 _____ 日 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： 事業所名/工場名：〇〇工場
2. 対象部門	対象部門： 人数： ※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。 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 2. 出来上がった衛生管理計画書の確認（運用前の確認） 3. 衛生管理計画書に基づく運用状況の確認 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 ①添加物分類：該当する番号に○を付けて下さい。 ②製造する業態：該当する番号に○を付けて下さい。 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。 ④主要製品：主要3～5製品群程度) ※物質名、一括名、用途名等で記載のこと。 (商品名ではありません。) ⑤アレルギー(特定原材料)の使用： 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。