

送付先メールアドレス:

**isa@isa-cb.co.jp**

**FAX : 052-582-3668**

TEL : 052-582-3666

① 貴社名	ふりがな: 組織名:
② 貴社代表所在地	〒 所在地:
③ 貴社法人代表 氏名/ 役職	ふりがな: 役 職
	氏名:

該当項目をご記入いただき、上記へ FAX 又はメールにてご送付ください。該当する□にチェック☑を、空欄に文字を入れてください。

④ 対象マネジメントシステム	<input type="checkbox"/> 品質 (ISO9001 : 2015) ※設計開発 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他規格 ( )	<input type="checkbox"/> 環境 (ISO14001 : 2015)	<input type="checkbox"/> 労働安全衛生 (OHSAS18001 : 2007)	<input type="checkbox"/> 食品安全 (ISO22000 : 2005)
	<input type="checkbox"/> 新たに認証を取得したい ①取得希望年月: _____ 年 _____ 月頃 ②取得理由: _____			
⑤ 認証の状況	<input type="checkbox"/> 審査機関を変更したい ①現在の認証機関名: _____ ②現在の登録有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③現認証機関による最後の審査年月: _____ 年 _____ 月の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証(更新) 審査 ④国際システム審査で初めて審査を受審する時期(例年を参考に): _____ 年 _____ 月頃の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証(更新) 審査 から ⑤現在の維持審査方式 <input type="checkbox"/> 年1回方式 / <input type="checkbox"/> 年2回方式 ⑥現認証機関から指摘された問題点(不適合など)は <input type="checkbox"/> 解決済みである / <input type="checkbox"/> 未解決である			
	【初回認証申し込みの組織様へ】 認証登録の適用を受けようとする組織で実施している業務について、文章で表現してください。例えば、製造業の場合「〇〇製品の設計及び製造」、商社の場合「〇〇の販売」など、貴組織が生業としている事業を記載願います。〇〇には、具体的な商品名は避け、一般名を記載してください。ご不明な点があれば、是非お気軽にお問合せください。HPなどを参考に弊社からご提案することも可能です。			
⑥ 適用業務				

⑦ 審査対象事業所の状況				
事業所名 1※1:		シフト制の導入※2: <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数※4:	名
郵便番号:	所在地:		最寄り駅:	
主な業務:				
事業所が担う業務内容: <input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能※3 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 2※1:		シフト制の導入※2: <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数※4:	名
郵便番号:	所在地:		最寄り駅:	

