**★★★★機能性ハイクオリティ認証 更新審査申請書**

**【安全性・品質・機能性】**

年　　　月　　　日

一般社団法人

日本健康食品・サプリメント情報センター

代表理事殿

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 会社名 | 印 |
| 代表者氏名 |  |
| 管理責任者名 |  |
| 所属・役職 |  |
| TEL |  |

貴法人が定めた審査基準に基づき、★★★★機能性ハイクオリティ認証更新審査を申請いたします。下記製品について貴法人の定める諸規定を遵守するとともに、社会的信用を失墜させることのないよう努めることを誓います。

なお、これに違反した場合には、貴法人の行ういかなる措置を受けても異議を申し立ていたしません。

記

1. 更新審査内容：安全性・品質・機能性　（該当する箇所の□に✓を入れる）

更新回数：　　　回目（初回認証日：　　　年　　　月　　　日）

□安全性・品質（通常（2年毎）の更新）

□機能性（6年ごと(更新回数が3の倍数ごと)）

審査内容： □自社SRの審査　 □自社RCTの審査　□SR代行依頼

2．更新申請製品の概要　　（該当する箇所の□に✓を入れる）

(1) 種　　　別

□最終製品 (□一般健康食品　□栄養機能食品　□機能性表示食品)　　　□原材料

(2) 認証番号　　　　　　　　　　　(12桁)

(3) 製品名

(4) 名称

(5) 形状

(6) 内容量

(7) 賞味期間

3. 申請担当者（ □(1) 申請担当者（社内）　　□(2) 申請者以外（社外） ）

(1)はいずれの場合も記入必須です。(2)は、該当する場合のみ記入してください。

(1) 申請担当者（請求書・認証書・各種ご案内送付先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| ハイクオリティ認証  エキスパート番号 | ※ハイクオリティ認証エキスパートプログラム修了者は、修了者番号をご記入ください | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

(2) 申請者以外（申請者以外の方が実際の申請を担当される場合）該当する場合のみ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| ハイクオリティ認証  エキスパート番号 | ※ハイクオリティ認証エキスパートプログラム修了者は、修了者番号をご記入ください | | |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

4．製造所の名称（工場名まで）・所在地

|  |  |
| --- | --- |
| （名称） | （所在地） |
| ① |  |
| ② |  |

以上