**四つ星ハイクオリティ認証 新規審査申請書  
【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 |  |
| 担当者名 |  |
| 所属・役職 |  |
|  |  |

貴法人が定めた審査基準に基づき、四つ星ハイクオリティ認証新規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. 審査内容：安全性・品質・機能性　（該当する箇所の□に✓を入れる）

・提出書類作成支援： 　　 □希望する　 □希望しない

・機能性審査：

□SR審査　□RCT審査　□SR代行　□栄養機能食品当該栄養成分

2．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　□機能性表示食品届出中・届出予定　)　　□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) 代行者（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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |

社内で(1)の申請担当者以外が実務を担当する時は下記にもご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 勤務先所在地 | 〒(1)と所在地が異なる場合はこちらにもご記入ください | | |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

(2) 代行者（社外の方に申請を依頼する場合など）該当する場合のみ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 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

製造工程にかかわる工場名を全てご記入ください｡cGMP工場である場合は、□を☑してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （名称） | （所在地） |
|  |  |
| □cGMP工場 |  |
|  |  |
| □cGMP工場 |  |
|  |  |

以上