**ハイクオリティ認証登録抹消申請書**

西暦　　　　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 |  |

下記のハイクオリティ認証登録製品の登録抹消を申請いたします。

記

1．認証製品

　 　認証番号

　 　製品名

 　初回認証年月日　　　　西暦　　　　　　年　　 　 月　　 　日

 　認証最終年月日　　　　西暦　　　　　　年　　 　月　　 　日

2．登録抹消申請の理由

[ ] 販売終了

[x] その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3．抹消登録希望日（認証期間中に登録終了を希望する場合は、ご記入ください）

　　 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

4．抹消後のハイクオリティ認証マークの使用希望の有無

　 [ ] 有　（使用希望期間：　西暦　　　　年　　　月　　　日まで）

　 [ ] 無

注） 登録抹消後、ご希望により最長6か月まで認証マークの延長使用が可能です（マーク使用料：月額11,000円）。

・ 製品販売終了の場合やハイクオリティ認証の種別変更の場合：マーク延長使用期間は、QRコードを読み込むと引き続き認証内容（相互作用など）が表示されます。

* 引き続き製品を販売する場合：マーク延長使用期間は、QRコードを読み込むと認証終了した旨が表示されます。

5．その他（必要に応じてご記入ください。）

以上