

一般社団法人
日本卵業協会 御中

施設審査申請書

審査の種類	初回審査 維持審査 更新審査 ※希望する審査名を○印で囲んで下さい。
施設の名称	
施設の住所	
施設の代表者の氏名	
施設の業務の範囲	
審査希望日 (実地審査)	___月___日、または___月___日、または___月___日 (実地審査希望日は申請日の30日以上先の複数日を記入下さい。)
施設の連絡窓口	審査に関する施設の連絡担当者は以下の通りです。 役職・職責： 担当者名： 電話番号： FAX 番号： E-mail：
手数料	一般社団法人日本卵業協会宛に、「施設審査日決定通知」 の受領日から7日以内に手数料を下記口座に振り込みます。 振込口座：一般社団法人 日本卵業協会 みずほ銀行 新川支店 普通 1034861

上記により、HACCPの施設審査の申請をします。

___年 ___月 ___日

住 所 _____

代表者名 _____ (印)