

○○○○○○○(驗證機構名稱)
食品衛生安全管理系統驗證書面審查表

食品業者名稱		案件 編號	
驗證類別	<input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 重新驗證 <input type="checkbox"/> 增項		
缺失名稱	審查意見		
書面回覆	1. 申請者應於 15 日內回覆改善報告 2. 驗證機構將於實地評鑑進行確認		
稽 核 員 簽 名		日	期

請於____月____日前回覆本驗證機構，或傳真至(AA) ABCDEFG 或(bb)abcdefg