

衛生福利部食品藥物管理署 食品衛生安全管理系統驗證機構認證申請書

一、申請機構基本資料暨點檢表

機構名稱			
機構地址			
機構負責人			
申請領域	<input type="checkbox"/> 初次 <input type="checkbox"/> 展延 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 其他_____		
聯絡人			
聯絡電話		傳真電話	
電子信箱			

檢附下列文件提出申請：(請勾選)

	食品業者衛生安全管理系統驗證機構認證申請書(附件一) -申請機構基本資料暨點檢表 -專職之稽核人員資料表(含證書) -申請機構文件對照表 -機構董(理)事、監察人(監事)、負責人、執行長或具機構管理事務、簽署驗證報告權之人員名單及前述人員應利益迴避之食品業者名單
	機構、稽核員、驗證審議小組成員及簽署驗證報告權之人員切結書(附件二)
	行政機關(構)、大學校院及非營利性質之法人、團體資格證明文件影本(上蓋驗證機構及負責人印信)
	國際認證論壇(IAF)會員核發之食品安全管理系統驗證機構認證證書影本
	組織簡介、組織架構、業務概要、驗證品質管理能力及作業程序說明
	其他

此 致

衛生福利部食品藥物管理署

驗證機構負責人：_____ (簽章)

申請日期： 年 月 日

二、專職之稽核人員資料表(本表不敷填寫，請自行增列)

填表日期： 年 月 日

稽核人員總人數： 人

稽核人員編號			
姓名			
服務部門 職稱			
學歷 (學校/科系/學位)			
食品產業年資			
經歷	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.
連絡電話			
電子信箱			
專門職業人員 資格	<input type="checkbox"/> 食品技師 <input type="checkbox"/> 畜牧技師 <input type="checkbox"/> 水產養殖技師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 獸醫師	<input type="checkbox"/> 食品技師 <input type="checkbox"/> 畜牧技師 <input type="checkbox"/> 水產養殖技師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 獸醫師	<input type="checkbox"/> 食品技師 <input type="checkbox"/> 畜牧技師 <input type="checkbox"/> 水產養殖技師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 獸醫師
食品安全管制系 統訓練證明	<input type="checkbox"/> 60 小時	<input type="checkbox"/> 60 小時	<input type="checkbox"/> 60 小時
稽查年資 (至少 2 年)			
年度執行驗證 場次	場	場	場
中央主管機關辦理或 認可之教育訓練	影本共__頁	影本共__頁	影本共__頁
初次及定期考核紀錄	影本共__頁	影本共__頁	影本共__頁

三、申請機構文件對照表(本表不敷填寫，請自行增列)

書面審查文件需求	對應文件編號	對應文件名稱
組織簡介		
組織架構		
業務概要		
驗證品質管理能力		
食品衛生安全管理系統驗證 審議組織成員名單		
組織與執掌(含組織圖)		
文件管制		
紀錄管理		
教育訓練		
業者資料保護		
驗證作業品質管理		
驗證證明書管理		
不符合事項與矯正措施		
預防措施		
申訴、抱怨		
內部稽核		
管理審查		
辦理驗證業務迴避之規定		
撤銷、廢止認證之後續管理		
其他評鑑小組指定之文件		

※請檢附文件影本隨申請書送件

四、申請機構應利益迴避之食品業者名單

姓名			
職稱 (董理監事、負責人、 執行長或具機構管理 事務、簽署驗證報告 之權者)			
<p>應利益迴避之食 品業者名單</p>			