

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實地評鑑紀錄表

機構名稱	
機構地址	
機構負責人	
申請類別	<input type="checkbox"/> 初次 <input type="checkbox"/> 展延 <input type="checkbox"/> 效期內之實地評鑑 <input type="checkbox"/> 其他

一、實地評鑑前/後會議出席人員簽名

	評鑑前會議	評鑑結束會議
時 間	___年___月___日___時	___年___月___日___時
主評審員		
評審員		
機構負責人或代表		
驗證機構出席人員		

二、實地評鑑結果

(一) 評鑑結果摘要

違反條文	缺失編號

(二) 實地評鑑結果

缺失項目	缺失共計_____項
說明：	

(三)待確認之前次缺失共_____項；本次已確認_____項完成改善，尚有_____項未完成改善，併入本次缺失。缺失編號：_____。

(四)請機構於_____年_____月_____日前將改善報告(包含附件，附件修正處請以下底線或粗體標示)紙本及電子檔各一份，函送本署品質監督管理組。本署地址:11561 臺北市南港區忠孝東路六段 467 號 B1，連絡電話：(02) 2787-7151、(02)2787-7153。