



調査票 1 (QMS・EMS・OHSMS (ISO45001)・OHSAS (OHSAS18001)・FSMS 見積用) 本紙に基づき見積書を発行いたします

送付先メールアドレス:

isa@isa-cb.co.jp

FAX : 052-582-3668

TEL : 052-582-3666

① 貴社名	ふりがな:		
	組織名:		
② 貴社代表所在地	〒		
	所在地:		
③ 貴社法人代表 氏名/ 役職	ふりがな:	役	職
	氏名:		

該当項目をご記入いただき、上記へ FAX 又はメールにてご送付ください。該当する□にチェック☑を、空欄に文字を入れてください。

④ 対象マネジメントシステム	<input type="checkbox"/> 品質 (ISO9001 : 2015) ※設計開発 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 環境 (ISO14001 : 2015)	労働安全衛生 <input type="checkbox"/> OHSAS18001 : 2007 <input type="checkbox"/> ISO45001 : 2018	<input type="checkbox"/> 食品安全 (ISO22000 : 2005)
	<input type="checkbox"/> その他規格 ()			
⑤ 認証の状況	<input type="checkbox"/> 新たに認証を取得 したい	①取得希望年月: _____ 年 _____ 月頃 ②取得理由: _____		
	<input type="checkbox"/> 審査機関を変更 したい	①現在の認証機関名: _____ ②現在の登録有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③現認証機関による最後の審査年月: _____ 年 _____ 月の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証 (更新) 審査 ④国際システム審査で初めて審査を受審する時期 (例年を参考に): _____ 年 _____ 月頃の <input type="checkbox"/> 維持審査/ <input type="checkbox"/> 再認証 (更新) 審査 から ⑤現在の維持審査方式 <input type="checkbox"/> 年 1 回方式 / <input type="checkbox"/> 年 2 回方式 ⑥現認証機関から指摘された問題点 (不適合など) は <input type="checkbox"/> 解決済みである / <input type="checkbox"/> 未解決である		
⑥ 適用業務	【初回認証申し込みの組織様へ】 認証登録の適用を受けようとする組織で実施している業務について、文章で表現してください。 例えば、製造業の場合「〇〇製品の設計及び製造」、商社の場合「〇〇の販売」など、貴組織が生業としている事業を記載願います。 〇〇には、具体的な商品名は避け、一般名を記載してください。 ご不明な点があれば、是非お気軽にお問合せください。HP などを参考に弊社からご提案することも可能です。			

⑦ 審査対象事業所の状況					
事業所名 1※1:		シフト制の導入※2:	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数※4:	名
郵便番号:		所在地:		最寄り駅:	
主な業務:					
事業所が担う業務内容:	<input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能※3 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 2※1:		シフト制の導入※2:	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数※4:	名



郵便番号：		所在地：		最寄り駅：	
主な業務：					
事業所が担う業務内容：	<input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 3 ^{※1} ：		シフト制の導入 ^{※2} ：	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数 ^{※4} ：	名
郵便番号：		所在地：		最寄り駅：	
主な業務：					
事業所が担う業務内容：	<input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 4 ^{※1} ：		シフト制の導入 ^{※2} ：	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数 ^{※4} ：	名
郵便番号：		所在地：		最寄り駅：	
主な業務：					
事業所が担う業務内容：	<input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
事業所名 5 ^{※1} ：		シフト制の導入 ^{※2} ：	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有効要員数 ^{※4} ：	名
郵便番号：		所在地：		最寄り駅：	
主な業務：					
事業所が担う業務内容：	<input type="checkbox"/> 経営層 <input type="checkbox"/> 中央機能 ^{※3} <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計/開発/企画 <input type="checkbox"/> 製造/サービス/施工				
				合計人数：	名

※1：事業所ごとに、上記の情報をご記入ください。例えば、倉庫や資材置場のよう、公道を挟み2か所に分かれている場合、独立した1事業所として、記入してください。

※2：交代勤務（シフト制）のある場合には、別紙ご用意の上、交代勤務毎の人数と稼働時間をお知らせ下さい。

※3：マネジメントシステムの中央機能として、システムの文書化及びシステムの変更、マネジメントレビュー、苦情、是正処置の評価、内部監査計画の策定及び結果の評価、適用規格に関する法令及び規制要求事項に責任を持つ役割を果たす事業所を1つ選択してください。

※4：有効要員数とは、マネジメントシステムの中で働く要員の人数です。パートタイマーの方は、勤務時間換算で、フルタイムと比較し、何人分に相当するのか、計算してください。

【組織図提供のお願い】組織図（組織表）をご提出ください。尚、社員名は本調査に必要ありません。

上記⑦において、有効要員数が0名（兼務による実質0名）の事業所がある場合、管理している事業所（兼務の方の勤務先）がわかるよう、必要に応じて追加情報を追記願います（倉庫や資材置場も含む）

⑧	ISAを知った経緯	<input type="checkbox"/> ISAのホームページ <input type="checkbox"/> 認定機関（JABやISMS-AC）のホームページ <input type="checkbox"/> ISAの広告 <input type="checkbox"/> ISA関係者（審査員等の名： ） <input type="checkbox"/> 紹介（紹介者名： ）			
⑨	コンサルタントの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（コンサルタント会社名及び/又は氏名： ）			
⑩	貴社 ご連絡担当者	ふりがな：	ご所属及び役職		
		氏名：			
		ご連絡窓口 E-Mail：			
		ご連絡窓口 TEL：	ご連絡窓口 FAX：		
⑪	本紙記入日	年 月 日			