

(様式1.1)

冷凍食品製造工場認定申請書

20XX年00月00日

一般社団法人 日本冷凍食品協会
会長 ○○ ○○ 殿

枠が足りない場合は、行の追加等で調整してください

住 所 東京都○○区△△町1-1-1××ビル□階
法人の名称 株式会社○○○○
代表者氏名 代表取締役 ○○ ○○

印

役職名をご記入ください

一般社団法人日本冷凍食品協会の冷凍食品製造工場認定要領第16条第2項に基づき下記工場の認定を申請します。

記

1. 工場の名称及び住所等
2. 認定を受けたい冷凍食品の種類
3. 申請書提出以降1年間の生産数量及び格付依頼数量
4. 品質管理責任者及び補佐員
5. 組織図及び区分ごとの人員
6. 工場立地図及び機械配置図等
7. 認定基準に定める各事項についての内容

(上記内容は様式1.2～1.9に記載する)

(様式1.2)

1. 工場の名称及び住所等

工場の名称 株式会社〇〇〇〇 △△工場

工場の住所 (千 000 - 0000)
□□県△△郡◇◇町▽▽0-0-0

工場の連絡先 TEL 0000 (00) 0000 FAX 0000 (00) 0000

工場長の氏名 ○山×男

工場長の役職 製造部 部長
(※工場長の役職名がなく、他に役職がある場合に記入下さい。)

2. 認定を受けたい冷凍食品の種類 (○ で囲むこと)

水産冷凍食品

農産冷凍食品

畜産冷凍食品

調理冷凍食品

その他の冷凍食品

3. 申請書提出以降1年間の生産数量及び格付依頼数量

冷凍食品の種類	生産数量 (トン)	格付依頼数量(トン)※	主要予定品目
水産冷凍食品			
農産冷凍食品	2,500	150	枝豆、かぼちゃ
畜産冷凍食品			
調理冷凍食品	2,500	1,000	コロッケ、グラタン
その他の冷凍食品			
合計	5,000	1,150	

※格付依頼数量の合計が年間60トンを下回る場合、認定申請を行うことはできません。

(様式1.2)

1. 工場の名称及び住所等

工場の名称 株式会社〇〇〇〇 △△工場

工場の住所 (千 000 - 0000)
□□県△△郡◇◇町▽▽0-0-0

工場の連絡先 TEL 0000 (00) 0000 FAX 0000 (00) 0000

工場長の氏名 ○山×男

工場長の役職 製造部 部長
(※工場長の役職名がなく、他に役職がある場合に記入下さい。)

2. 認定を受けたい冷凍食品の種類 (○ で囲むこと)

水産冷凍食品

農産冷凍食品

畜産冷凍食品

調理冷凍食品

その他の冷凍食品

3. 申請書提出以降1年間の生産数量及び格付依頼数量

冷凍食品の種類	生産数量 (トン)	格付依頼数量(トン)※	主要予定品目
水産冷凍食品			
農産冷凍食品	2,500	150	枝豆、かぼちゃ
畜産冷凍食品			
調理冷凍食品	2,500	1,000	コロッケ、グラタン
その他の冷凍食品			
合計	5,000	1,150	

※格付依頼数量の合計が年間60トンを下回る場合、認定申請を行うことはできません。

(様式1.3)

工場の名称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
-------	---------------

4. 品質管理責任者及び補佐員

氏名	△川 □雄		
部署	品質管理室	役職名	室長
学歴	卒業した学校の種類	大学 ・ 短期大学 ・ 専門学校 ・ 高等学校	
	大学の場合の学部名	農学部	
教育・経験の有無	1. ISO9001、ISO22000、HACCP等品質又は衛生管理システムの教育を受けていることの有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
	2. 表示に関する教育を受けていることの有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
	3. 衛生検査または品質検査を1年以上経験していることの有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
補佐員の氏名	△川 □子		
	◇原 +雄		
備考	※品質管理責任者の連絡先(メールアドレス)を記入してください。 000000@0000.co.jp		

(様式1.5)

工場の名称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
-------	---------------

6. 工場立地図及び機械配置図等

以下の①～⑤を記載または添付すること。

- ① 工場立地図（工場施設内のみでなく敷地および周辺環境が含まれたもの。）
- ② 機械配置図
- ③ ゾーニング図（清潔作業区、準清潔作業区、汚染作業区をそれぞれ色別に塗り分けたもの。）
- ④ 人・物の流れ図（機械配置図等に人、物の動線を記載したもの。）
- ⑤ 事務所、品質管理室（微生物検査室）、更衣室等のユーティリティー施設が製造棟と別に存在する時はその図面

(様式1.6)

工場 の 名 称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
-------------	---------------

7. 認定基準に定める各事項について (その 1)

① 品質衛生管理体制

事 項	はい/いいえ	確 認 事 項
(1) コンプライアンス遵守の方針を従業員に周知しているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	周知方法:朝礼及び掲示
(2) コンプライアンス遵守責任者が設置されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	役職名:工場長 <input checked="" type="radio"/> 専任 <input type="radio"/> 兼任)
(3) 内部監査員が任命されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	役職名:総務課長 <input checked="" type="radio"/> 専任 <input type="radio"/> 兼任)
(4) 食品防御責任者が任命されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	役職名:工場長代理 <input checked="" type="radio"/> 専任 <input type="radio"/> 兼任)
(5) 『品質方針』及び『食品防御方針』又は『食品安全方針』は文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	『品質方針』及び『食品防御方針』又は『食品安全方針』の概要: 私達は法令を遵守し、安全・安心な食品を製造すると共に、食品防御を含めた食品安全を確保し、レビューによる見直しで改善を図り、フードチェーンの一環としての責務を果たしてゆきます。
(6) 危機管理体制構築に関する文書があるか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 危機管理マニュアル
(7) 食品防御体制構築に関する文書があるか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 食品防御体制マニュアル
(8) トレーサビリティシステムが構築されており文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	トレーサビリティを担当する部門の名称: 品質管理室
(9) クレーム対応マニュアルは作成されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	マニュアルの名称: 品質苦情対応マニュアル
(10) クレームの受付窓口、担当部門は決められているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	受付窓口部門の名称: 顧客相談センター
(11) 製品回収プログラムが文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: リスク管理マニュアル
(12) 製品の製品説明書(仕様書)及び工程フロー図があるか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> 全ての製品で作成している <input type="radio"/> 一部の製品のみ作成している
(13) 主要製品について、全ての製造工程の作業手順が文書化されているか。(作業手順書の作成)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
(14) 製造工程の必要な管理項目が設定され、その管理方法が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> 全ての製品で作成している <input type="radio"/> 一部の製品のみ作成している
(15) HACCPによる管理が導入されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	HACCP認証取得の有無 (有 <input type="radio"/> ・ <input checked="" type="radio"/> 無) 有の場合の認証機関名称:
(16) アレルギー物質管理に関して文書化が行われているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: アレルゲン管理マニュアル
(17) 製品の保管管理に関する規定が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書の名称: 品質管理マニュアル 製品管理を担当する部門の名称: 品質管理室
(18) 製品の保管管理を外部の業者に委託しているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	委託先事業者名称: (株)**冷凍倉庫
(19) 施設・設備の衛生管理基準は文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 衛生管理マニュアル
(20) 施設・設備、使用機械・器具類の保守点検について管理基準が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 点検管理マニュアル
(21) 防虫・防そ対策について管理基準が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	外部専門業者に調査・施行等を委託している場合 委託業者名: 主な委託内容: <input checked="" type="radio"/> 防虫駆除 <input checked="" type="radio"/> 調査・モニタリング <input type="radio"/> 鼠族駆除 <input type="radio"/> 薬剤管理 <input checked="" type="radio"/> 捕虫器・トラップ等の管理

工場 の 名 称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
----------	---------------

7. 認定基準に定める各事項について (その 2)

事 項	はい/いいえ	確 認 事 項
(22) 作業場内で使用される薬剤は、規定に基づき保管、使用されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 薬剤管理マニュアル
(23) 使用水の衛生管理について文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	使用水の種類: <input checked="" type="radio"/> 水道水 <input type="radio"/> 井戸水 <input type="radio"/> その他の用水 水道水以外の場合、飲用適と認めた試験結果の有無: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 給水口における飲用水と非飲用水との区別の表示: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 貯水タンクの使用: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(24) 排水および廃棄物の衛生的取扱いについて文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書名: 廃棄物取扱いマニュアル 排水処理施設の有無: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(25) 従業員管理に関するマニュアルは作成されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	マニュアルの名称: 従業員管理マニュアル
(26) 検便検査は定期的実施されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	頻度: 毎月 項目: 赤痢菌、コレラ菌、O157、サルモネラ属菌
(27) 健康診断の結果は社内でも管理されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	頻度: 年1回
(28) 原材料供給者の選定基準が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書の名称: 原材料管理マニュアル 原材料供給者の選定を担当する部門の名称: 製造1課前処理係
(29) 原材料の受け入れ基準が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書の名称: 原材料基準書 原材料の受入担当部門の名称: 総務課
(30) 原材料供給者以外のアウトソース事業者の選定及び管理が文書化されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	文書の名称: 清掃業者業務規程、防虫防鼠業者業務規程
(31) 品質・衛生検査に関するマニュアルは作成されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	マニュアルが作成されている検査項目: <input checked="" type="radio"/> 微生物試験 <input type="radio"/> 理化学試験 <input checked="" type="radio"/> 品質検査 (品位、規格等) その他 ()
(32) 品質・衛生検査に用いる機器類は定期的に保守点検され、精度が確認されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
(33) 従業員の年間教育プログラムおよびスケジュールは作成されているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	主に教育を担当する部門の名称: 品質管理室
(34) 内部監査は定期的に行われているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	開催頻度: 1回/年
(35) マネージメントレビューは定期的に行われているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	開催頻度: 1回/年
(35) 管理記録・帳票類の保管期間を設定しているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	保管期間: 3年間
(36) 文書、記録・帳票類の様式は承認されたものを使用する仕組みになっているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	承認者の役職名: 工場長

(様式1.8)

工場の名称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
-------	---------------

7. 認定基準に定める各事項について(その3)

② 凍結設備

事 項	内 容
凍 結 方 法	管棚式、コンタクト式、 エアースラスト式 、液体窒素式、 ブライン浸漬式、トンネル・ジャイロ式
凍 結 能 力	(5)トン/日
凍 結 温 度	(-30)℃

③ 凍結要件

製品の凍結温度曲線を作成しているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	製品の最大氷結晶生成温度帯は30分以内に通過しているか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
急速凍結後、最大氷結晶生成温度帯まで温度は上がっていないか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	出荷時、品温は-18℃以下か。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

④ 品質管理施設

品質管理室の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
微生物試験室の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 試験項目: 生菌数、大腸菌群、E.coli、サルモネラ属菌、黄色ブドウ球菌		
微生物試験の方法 (簡易キットは型式を記載)	<input checked="" type="radio"/> 公定法 <input checked="" type="radio"/> 簡易キット 型式(ペトリフィルム)		
品質試験用	区分	有無	備考
	品温測定用温度計 (-30℃から0℃まで測定できるもの)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	標準温度計	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(温度帯: -30℃ ~ 100℃)
	計量器	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(感量: 0.1 g)
	水素イオン濃度測定装置	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	揮発性塩基態窒素定量装置	有 <input type="radio"/> 無	
	解凍・調理設備	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
微生物試験用	試料調製器(ストマッカー等)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	恒温器	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	高圧滅菌器	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	乾熱滅菌器	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	菌数計算機	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	微生物試験用器具類	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

(様式1.9)

認定申請書別添書類等

工場の名称	株式会社〇〇〇〇 △△工場
-------	---------------

1. 製造工程における品質及び衛生管理基準

認定を申請する各製品カテゴリーの主要製品について、製造工程管理表(各製造工程における管理項目、基準記録様式等が記載された表等)を別添すること。

(別添記載例)

No.	工 程	作 業 手 順	管理項目及び 管理基準	記録様式

2. 製造工程における品質及び衛生管理の実施状況

1.の管理基準に基づき作成された管理記録類を別添すること。
(少なくとも3日分以上の実施記録について別添のこと。)

3. 品質及び衛生管理の結果

当該申請工場において実施した製品の品質検査(品位、規格等の検査)および微生物試験の結果を別添すること。
なお、別添の結果には、申請する各製品カテゴリーの主要製品が含まれていること。

4. 営業許可の種別

取得した営業許可証の写しを別添すること。

営業許可業種名： 菓子製造業、冷凍食品製造業

5. 認定証票を付する製品の一括表示

認定証票を付する製品のうち、主要製品について一括表示の写しを添付すること。

(様式1.10)

冷凍食品製造工場認定再審査請求書

20XX年00月00日

一般社団法人 日本冷凍食品協会
会長 ○○ ○○ 殿

枠が足りない場合は、行の追加等で調整してください

住 所 東京都○○区△△町1-1-1××ビル□階
法人の名称 株式会社○○○○
代表者氏名 代表取締役 ○○ ○○



役職名をご記入ください

年 月 日の通知により、弊社工場は冷凍食品製造工場認定審査において不適合と判定されました。
上記結果を受けた後、改善を実施したので、下記工場の再審査を請求します。

記

1. 工場の名称及び住所

工場の名称 株式会社○○○○ △△工場

工場の住所 (〒000-0000)
□□県△△郡◇◇町▽▽0-0-0

2. 工場の連絡先

担当者氏名 □□ □□

メールアドレス 000000@0000.co.jp

電話番号 0000 (00) 0000

(様式1.11)

冷凍食品製造工場認定停止解除確認審査請求書

20XX年00月00日

一般社団法人 日本冷凍食品協会
会長 ○○ ○○ 殿

枠が足りない場合は、行の追加等で調整してください

工場名 株式会社○○○○ △△工場
製造本部長 □□ □□

工場長の役職名がなく、他に役職名がある場合は
役職名をご記入ください

年 月 日の通知により、弊社工場は冷凍食品製造認定工場の認定を一時停止されました。

上記結果を受けて、一般社団法人日本冷凍食品協会の冷凍食品製造工場認定要領第9条に基づき下記工場の工場認定停止解除審査を請求します。

記

1. 対象工場

認定工場番号 000000

工場の住所 (〒000-0000)
□□県△△郡◇◇町▽▽0-0-0

認定の有効期間 令和00年00月00日まで

2. 一時停止日 20XX年YY月ZZ日

3. 品質管理責任者の氏名 ○○ ○○

4. 工場の連絡先 TEL 0000 (00) 0000