

SGS-HACCP/SQF<sup>Ver.8</sup> (安全)システムトレーニング 4日間

コース概要	<p>本コースは食品の安全管理としてCODEX HACCPガイドラインを基礎とした、SQFI の要求事項に適合している『SGS-HACCP トレーニングコース』と『SQF システムの実施(安全)トレーニングコース』を統合したプログラムです。</p> <p><b>【SGS-HACCP トレーニングコース 2日間】</b>          食品安全のためのグローバル・スタンダード「CODEX ガイドライン」を基礎とする講座で、SQFI の指定要件に適合しており、CODEX ガイドラインの思想を忠実に伝達します。          一次生産、加工、流通・販売、包装材製造、関連サービスを含むフードサプライチェーン全てに応用可能です。コース中に HACCP プランを完成することを目標とし、作成手法を確実に理解することができます。          試験の実施により受講者の成果が公正に評価されるため効果が明らかになります。</p> <p>●コース終了時に得られる結果●          HACCP の 7 原則 12 手順を理解する／HACCP プラン作成の基礎技能を理解する／HACCP の基盤となる前提条件プログラムの役割を理解する(※2019年4月より提出用事前課題はございません)</p> <p><b>【SQF<sup>Ver.8</sup>(安全)システムトレーニングコース 2日間】</b>          本コースは、SQF の要求事項の理解と SQF システムの実施と審査に役立てられるようにプログラムを構成しています。SQF システムの開発、文書化、検証、見直しを専門的に行う SQFI 協会認定の SQF プラクティショナーには不可欠なコースです。</p> <p>●コース終了時に得られる結果●          ・SQF プラクティショナーのための要求事項の一部を満たすことができる。          ・食品安全の改善の必要性への理解を深め、SQF 規格に定められた要求事項の適用を理解できる          ・SQF プログラムの効果的な計画、実施、維持に必要な項目を理解できる。</p>		
受講対象	HACCP や食品衛生の担当従事者や管理者、食品関連等の関係者、SQF プラクティショナー候補者	2019 年 開催日程	<p><b>製造の SQF 食品安全コード</b>  <b>【横浜開催】</b>SGS ジャパン研修室(横浜市保土ヶ谷区)          5月13日-16日、6月10日-13日、9月9日-12日、          10月21日-24日、11月11日-14日、12月16日-19日</p> <p><b>【大阪開催】</b>ジャパンライフ 会議室(新大阪駅東口徒歩2分)          6月17日-20日、10月7日-10日</p>
受講料	<b>220,000 円</b> (消費税別) ※消費税は開催時の税率に準ずる		<p><b>一次生産の SQF 食品安全コード</b>  <b>【横浜開催】</b>SGS ジャパン研修室(横浜市保土ヶ谷区)          7月8日-11日</p>
開催時間	09:00~18:30(受付 8:40~) ※大阪開催は初日のみ 9:30~19:00		
その他	4日間通学制、テキスト、試験、修了証書代金		

◆お申し込みは、下記申込用紙にご記入の上 FAX: 045-330-5002 まで送信願います。◆受付後、申込み受領メールを送信いたします。◆開催可否は開催日2週間前に決定し、開催決定後、受講票及び請求書をメールで送付いたします。◆受講料は開催日前までにお振込みください。◆開催日の7営業日前よりキャンセル料が発生いたします(7営業日前~3営業日前:50%、前日・当日:100%)◆受講日の変更は、3営業日前までにご連絡いただければ1回に限り変更できます。◆最小催行人数に満たない場合、コースをキャンセルする場合がございます。◆昼食は各自でご用意いただくか、会場近くのレストランをご利用ください。◆テキストは当日お渡しいたします。

SQF 安全 << 申 込 書 >>

FAX : 045-330-5002

Mail : jpssc.tr@sgs.com

◆ダイレクトメール :  希望しない

コース名	HACCP/SQF システム(安全) トレーニングコース 4日間	受講人数	名	受講希望日	2019年 月 日~ 日
資料お届け先	請求書( <input type="checkbox"/> 担当者宛 ・ <input type="checkbox"/> 受講者宛 ) / 証書( <input type="checkbox"/> 担当者宛 ・ <input type="checkbox"/> 受講者宛 )				
担当者情報	会社名			TEL	- -
				FAX	- -
	住所	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅	〒		
受講者情報	担当者	(ローマ字)	印	e-amil (必須)	
		(漢字)			
	部署		役職		
受講者情報	住所	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅	〒	TEL	- -
	受講者	(ローマ字)		e-amil (必須)	
		(漢字)			
部署		役職			

ご記入いただいた個人情報、事務処理の他にご案内を送付のために使用させていただきます。ご案内送付の際には、守秘義務契約を締結した業者に委託する場合があります。