愛媛県機能性食品等開発支援事業　　年　　月　　日

消費者庁届出支援申込書【機能性表示食品】

会社名					
所属部署名		担当者氏名		出席人数	名
TEL		FAX			
住 所					
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ					
主な取扱品目					
これまでの取組み	（機能性表示等について現在までの取組み状況や社内の体制などを記載ください）				
機能性表示食品の届出の経験	[　] なし [　] あり　⇒　該当項目に〇 ：[　　] 届出中　[　] 公表済み（届出番号:　　）				

該当する箇所に[〇]、必要事項をご記入ください。	ご希望の相談内容に[〇]ご記入ください。
[　] 事前資料確認　**なし** [　] 事前資料確認　**あり**（下に枚数をご記入ください） ↓ ・届出資料（別紙様式類）　A4版　枚 ・その他資料　A4版　枚 合計：A4版　枚	[　] ① 機能性（別紙様式（Ⅴ）関連） [　] ② 安全性（別紙様式（Ⅱ）関連） [　] ③ 容器包装表示（別紙様式（Ⅵ）関連） [　] ④ 製造工程管理（別紙様式（Ⅲ）関連） [　] ⑤ 事後チェック指針関連 [　] ⑥ その他（上記以外、別紙様式（Ⅰ）（Ⅳ）（Ⅶ）に関連する内容）

具体的な相談内容（課題、問題点）・支援希望をご記入ください。

相談希望日時　時間は、平日13:30～16:30の間の1時間をご指定ください。

第1希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分
第2希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分
第3希望：　年　月　日（　）　時　分～　時　分

貴社の状況　以下の内容に沿って、該当箇所に〇、あるいは詳細をご記入ください。（わかる範囲で結構です）

表示しようとする機能性表現 決まっていますか	はい[　　] いいえ
機能性関与成分 決まっていますか	はい[新成分 ・ 既成分　　] いいえ
製品形態（該当項目に〇）	[1.サプリメント形状・2. その他の加工食品 ・ 3. 生鮮食品 ・ その他（　　）] ・ 未定
届出予定商品の製造管理体制 （該当項目に〇）	[　]1.日健栄協GMP[　]2.その他GMP[　]3.HACCP[　]4.ISO22000 [　]5. FSSC22000 [　]6.その他（　　）

※ この申込みで得られた個人情報および企業情報は、本用途以外には使用いたしません。

協会記載欄　会員　会員以外　［相談担当者：］　受付No.