

SQF<sup>Ver.8</sup> システム(安全)トレーニングコース 2 日間

コース概要	<p>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。                  このプログラムでは、事前に承認された HACCP トレーニングコース(SGS-HACCP トレーニングコース等で 2 日間 16 時間以上のコース)の修了が必要です。</p> <p>●コース終了時に得られる結果●</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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</li> <li>・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。</li> </ul>		
コース構成	<p>(講義)SQF と日本との関わり、SGS の紹介、SQF システムトレーニングコース:SQF と SQF システム実施トレーニングについて、SQF 認証の準備、SQF 規格について、SQF 認証プロセス、審査、無通告審査など、SQF の実施、用語集の説明、SQF シールド・ロの使用規則、必要に応じた規格                  (演習)品質コスト/(テスト)SQF システムの実施テスト</p>		
受講対象	<p>SQF プラクティショナー候補者。かつ HACCP コース(2 日間 16 時間以上)を修了された方</p>	<p>2018 年 開催日程</p>	<p>【横浜開催】SGS ジャパン研修室(横浜市保土ヶ谷区)                  2 月 21 日-22 日, 3 月 7 日- 8 日, 4 月 25 日-26 日                  5 月 16 日-17 日, 6 月 13 日-14 日, 7 月 25 日-26 日                  8 月 22 日-23 日, 9 月 12 日-13 日, 10 月 24 日-25 日                  11 月 14 日-15 日, 12 月 12 日-13 日</p> <p>【大阪開催】ジャパンライフ 会議室(新大阪駅東口徒歩 2 分)                  6 月 20 日-21 日、10 月 17 日-18 日</p>
受講料	<p>139,104 円(税込)</p>		
開催時間	<p>1 日目 09:00~18:00(受付 8:40~)                  2 日目 09:00~17:30                  ※大阪開催は初日のみ 9:30~18:30</p>		
その他	<p>2 日間通学制、テキスト、試験、修了証書代含</p>		

◆お申し込みは、下記申込用紙にご記入の上 FAX: 045-330-5002 教育訓練部まで送信願います。◆受付後、メールで確認のご連絡をさせていただきます。  
 ◆開催可否決定後、開催日より 2 週間前に受講票をメールで、請求書は原本を郵送いたします。◆受講料は弊社指定日までにお振込みをお願いいたします。  
 ◆開催日 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

本セミナーの受講資格確認のため、お申込み時に 2 日間 16 時間以上の HACCP 修了証明の控えをお送りください。  
 弊社にて確認後受講可否をご案内致します。

ダイレクトメール :  希望しない

コース名	SQF(安全)システム トレーニングコース 2 日間		受講人数	名	受講希望日	2018 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	〒						
担当者	(ローマ字) (漢字)		印		e-amil (必須)				
	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) (漢字)		印		e-amil (必須)			
		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。