

SQF Ver.8 システム(安全 & 品質)トレーニングコース 3 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 コンサルタント及びプラクティショナーには不可欠なコースです。</p> <p>また、品質では、食品安全管理と品質マネジメントの理解と差別化を目指す食品製造業の品質、技術、管理職を対象とし SQF 品質コードの実施や現在の品質システムをバージョン 8 に更新される際に役立ちます。</p> <p>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"> ・SQF プラクティショナーや SQF コンサルタントのための要求事項の一部を満たすことができる。 ・食品安全と品質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。 		
コース構成	<p>(講義) イントロダクションと学習成果 / 品質とは / 適合性、一貫性、コスト / 品質のコスト / SQF 第 8 版解説 / HACCP 手法を利用した品質の測定や管理 / 製品品質の改善 / 品質管理または、マネジメントの品質</p> <p>(演習) 品質コスト / (テスト) SQF システム食品安全テスト</p>		
講 対 象	SQF プラクティショナー及びコンサルタント候補者。かつ HACCP コース(2 日間 16 時間以上)を修了された方	2019 年 開催日程	<p>【横浜開催】SGS ジャパン研修室(横浜市保土ヶ谷区) 2月20日-22日、3月27日-29日、4月17日-19日、 5月15日-17日、6月12日-14日、7月10日-12日、 9月11日-13日、10月23日-25日、11月13日-15日、 12月18日-20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19日-21日、10月9日-11日</p>
受 講 料	<p>171,504 円(税込) ※税率 8%換算時。但し、開催時税率に準ずる。</p>		
開 催 時 間	<p>09:00~18:00(受付 8:40~) ※大阪開催は初日のみ 9:30~18:30</p>		
そ の 他	通学制、テキスト、試験、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 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 & 品質 << 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 システム(安全 & 品質) トレーニングコース 3 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)			e-amil (必須)				
		(漢字)				印			
		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、事務処理の他にの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。