



〒

ふりがな
住所

ふりがな
会社名

ふりがな
部署名

ふりがな
ご担当者

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

Mail: _____

下記により、 初回審査 サーベイランス/再認証 認証移転 の見積を依頼します。

※ の該当項目に「レ」印を付してください。

1	適用規格	<input type="checkbox"/> JIS Q 9001 <input type="checkbox"/> JIS Q 14001 <input type="checkbox"/> JIS Q 45001 <input type="checkbox"/> JIS Q 55001 <input type="checkbox"/> JIS Q 27001 <input type="checkbox"/> JIS Q 27017 <input type="checkbox"/> ISMS-PIMS
2	業 種	
3	製品・活動範囲	
4	受 審 人 数	名
5	人 数 内 訳	本社内部部署数及び人数 (部署 人)
6	サイト数 (支店、工場等)	ヶ所 (サイト毎の人数)
7	組 織 図	組織の全体及び今回受審対象部署の範囲を明示した組織図を添付(人数を付記)
8	サーベイランス審査 希望回数/年	<input type="checkbox"/> 1回/年 <input type="checkbox"/> 2回/年
9	認証(移転) 希望時期	年 月
10	既 認 証 状 況	<input type="checkbox"/> JIS Q 9001 <input type="checkbox"/> JIS Q 14001 <input type="checkbox"/> JIS Q 45001 <input type="checkbox"/> JIS Q 55001 <input type="checkbox"/> JIS Q 27001 <input type="checkbox"/> JIS Q 27017 <input type="checkbox"/> ISMS-PIMS (認証機関: _____)
11	弊社への紹介者	
12	コンサルタント	<input type="checkbox"/> 依頼していない <input type="checkbox"/> 依頼している (_____)
13	JIS Q 45001 労働安全衛生システム	適用される労働者災害補償保険料率 (_____ %)
	JIS Q 27001 情報セキュリティシステム	① 客先常駐人数 名 ② 対象組織の人員数: 正社員 (_____) 契約社員 (_____) ③ ホスト及びサーバ: 合計台数 (_____) ④ 顧客に関する個人情報保有数 (_____) ⑤ 個別に運用されているネットワーク数 (_____) ⑥ 情報セキュリティ事件・事故発生時の社会的影響 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 ⑦ ITまたはISMS関連で外部委託している業務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑧ 事業に対する法規制の影響度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小
14	見積書送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ Eメールで送付ご希望の場合は上記連絡先にメールアドレスをご記入ください。
15	そ の 他	

ご記入いただきましたお客様の組織情報及び個人情報、見積に係る連絡・調整並びに弊社業務の案内及び情報提供に使用させていただきます。