Information and questionnaire for certification: แบบสอบถามข้อมูล

1. **ชื่อองค์กร** (Name of Company): _____

ที่อยู่ (Address): _____

ประเภทกิจการ (ผลิตอาหาร-เครื่องดื่ม-ยา-สมุนไพร, การท่องเที่ยว, เกษตรแปรรูป เป็นต้น)_____

_____

ขนาดกิจการ

☐ MICRO SME : รายได้ไม่เกิน 1.8 ล้านบาท ☐ SE : ผลิตไม่เกิน 40 ล้านบาท/ อื่นๆไม่เกิน 20 ล้านบาท

☐ SE+ : ผลิตไม่เกิน 100 ลบ. /อื่นๆไม่เกิน 50 ล้านบาท

ชื่อผู้ติดต่อ: _____ **ตำแหน่ง:** _____

โทรศัพท์.:_____ **โทรสาร :**_____E-mail: _____

ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการที่ขอการรับรอง (หากมีมากกว่า 1 แห่ง โปรดแนบรายละเอียดสถานที่เพิ่มเติม)

_____

2. Certification information **มาตรฐานที่ขอการรับรอง** (โปรดเลือก)

☐ **ระบบบริหารงานคุณภาพ** : Quality Management System ○ ISO 9001:2015 ○ ISO/TS 29001:2007	☐ **ระบบการบริหารงานคุณภาพสำหรับเครื่องมือแพทย์** : Quality Management System for Medical ISO 13485:2016
☐ **ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม** : Environmental Management System ISO 14001:2015	☐ **ระบบการจัดการพลังงาน** : Energy Management System ISO 50001:2018
☐ Occupational Health Management System ○ มอก.18001-2554 ○ ISO 45001:2018	☐ **ระบบการจัดการด้านการรักษาความปลอดภัย** : Security Management System มอก.22300-2551
☐ ISO 29110-4-1 System and software engineering – lifecycle profiles for Very Small Entities (VSE)	☐ **ระบบบริหารการจัดงานอย่างยั่งยืน** : Event Sustainability Management Systems (ISO 20121:2012)
☐ **ระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหาร** : Food Safety Management System ISO 22000:2018	☐ **ระบบการจัดการสุขลักษณะที่ดีในสถานประกอบการ** : Good Manufacturing Practice (GMP) System ตามมาตรฐาน ○ (GHPs) ○ มกษ. 9023-2564 ○ มกษ. 9035-2563 ○ มกษ. 9039-2556 ○ มกษ. 9041-2557 ○ มกษ. 9046-2560 ○ มกษ. 9047-2560 ○ มกษ. 6401-2558 ○ มกษ. 4403-2564 ○ มาตรฐานระบบการผลิตตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 (2563) เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และเก็บรักษาอาหาร
☐ **ระบบการวิเคราะห์อันตรายและจุดวิกฤตที่ต้องควบคุมในการผลิตอาหาร** : Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) System ○ GHPs/HACCP ○ มกษ.9024-2564	
☐ มาตรฐานอื่น ๆ : Other Standards_____	

3. Verification Application **การทวนสอบ**

☐ **ระบบการจัดการนวัตกรรม** InMS ISO 5600:2019	☐ **มาตรฐานแนวทางความรับผิดชอบต่อสังคม** ISO 26000
☐ มาตรฐานอื่น ๆ : Other Standards.....	

4. Activity/scope seeking for certification: **กิจกรรม/ขอบข่ายที่ขอการรับรอง**

_____

_____

☐ with design activity มีกิจกรรมการออกแบบ ☐ without design activity ไม่มีกิจกรรมการออกแบบ

5. **จำนวนพนักงาน**

<u>ข้อมูลจำนวนพนักงาน (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการเสนอราคา)</u>

จำนวนพนักงานในขอบข่ายการรับรอง (Total number of employee in scope)

1.จำนวนพนักงาน Full time (Number of full-time employees) _____คน (person)

จำนวนพนักงานที่ไม่ทำงานกะ _____คน กิจกรรม/ฝ่ายที่เนินการ_____

จำนวนพนักงานที่ทำงานกะ _____คน กิจกรรม/ฝ่ายที่ดำเนินการ _____

จำนวนพนักงาน กะที่ 1_____คน กะที่ 2_____คน กะที่ 3 _____คน

2. จำนวนพนักงาน Part time_____คน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน โดยเฉลี่ย _____ชั่วโมง

การทำงาน (working days) ☐ ทั้งปี (whole year) ☐ ทำงานช่วงเดือน (working month) _____

3. จำนวนพนักงานรับเหมาช่วง_____คน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน โดยเฉลี่ย _____ชั่วโมง

การทำงาน (working days) ☐ ทั้งปี (whole year) ☐ ทำงานช่วงเดือน (working month) _____

4. จำนวนพนักงานที่ทำงานในพื้นที่ _____คน จำนวนพนักงานที่ทำงานนอกพื้นที่_____คน

กิจกรรมที่ดำเนินการนอกพื้นที่ (Activity at off site)_____

5. จำนวนพนักงานชั่วคราวที่ไม่ต้องใช้ทักษะ_____คน

6. มีความแตกต่างของการทำงานแต่ละกะการทำงานหรือไม่ (เช่น ประเภทผลิตภัณฑ์ กระบวนการผลิต พนักงาน เป็นต้น)

☐ ไม่มี (No.) ☐ มี (Yes.) โปรดระบุ (Please specify) _____

<u>หมายเหตุ</u>กรณีที่ขอรับการรับรองหลายสถานประกอบการ (ให้ระบุจำนวนพนักงานในแต่ละสถานประกอบการเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบ)

6. **ท่านได้ดำเนินการตรวจติดตามคุณภาพภายในและการประชุมทบทวนของฝ่ายบริหารแล้วหรือยัง**

☐ ดำเนินการแล้วเมื่อ_____ ☐ ยังไม่ได้ดำเนินการ จะดำเนินการประมาณเดือน_____

7. **องค์กรท่านเคยได้รับการรับรองระบบการจัดการใด ๆ จากหน่วยรับรองหรือไม่ โปรดระบุ**

☐ ยังไม่เคยได้รับการรับรอง

☐ เคยได้รับการรับรองแล้ว ในมาตรฐาน _____

จาก _____.

ใบรับรองออกให้ ณ วันที่ _____มีผลถึงวันที่ _____

8. **ท่านทำระบบการจัดการมานานเท่าไร**

_____

9. **ท่านมีความประสงค์ที่จะขอข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจประเมินในกรณี** (โปรดเลือกเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินค่าใช้จ่าย)

☐ **การตรวจประเมินเพื่อการรับรอง**

- การตรวจประเมินขั้นตอนที่ 1
- การตรวจประเมินเพื่อการรับรอง (การตรวจประเมินขั้นตอนที่ 2)

☐ **การตรวจติดตามผลการรักษาระบบ (สำหรับผู้ได้รับการรับรองจากสถาบันฯ)**

☐ **การตรวจประเมินเพื่อการรับรองใหม่**

ติดต่อ

- คุณศราวดี แก้วฉิม โทร. 02-6171727 ต่อ 303 แฟกซ์ 02-617-1709 E-mail: sarawadee@masci.or.th
- คุณนัคมน ภู่ทอง โทร. 02-6171727 ต่อ 308 แฟกซ์ 02-617-1709 E-mail: Nakkamon@masci.or.th
- คุณศรัณยา บุญโอภาส เบอร์โทร 02-6171727 ต่อ 312 E-mail: Sarunya@masci.or.th
- คุณพัทธ์ กุศลานนท์ เบอร์โทร 02-6171723 ต่อ 321 E-mail: Pat@masci.or.th