

企業プロフィールフォーム
 持続可能なイベント運営のためのマネジメントシステム認証
 (BS 8901:2009)



Certification to Sustainable Event Management System (BS 8901:2009)
 Organization Profile Form

このフォームは、お客様から必要な情報をいただき、認証プロセスにかかる費用を見積るのが目的です。ご不明な点等ございましたら、BSI グループジャパン株式会社までお気軽にお問い合わせ下さい。尚、このフォームにご記入いただいた情報は、すべて機密事項として取り扱われます。

1. 認証コンタクトの詳細 : Certification Contact Details ※の欄は記入もれのないようご注意ください。

受審最高責任者/役職 : Top Management / Position 今回の認証範囲の 最高責任者であること	(漢字)	電話番号 Telephone:	
	(ローマ字/カナ)	ファックス番号 Fax:	
※担当者/役職 : Certification Contact / Position:	(漢字)	※電話番号 Telephone:	
	(ローマ字/カナ)	※ファックス番号 Fax:	
※電子メール E-mail Address:		ウェブサイト Organization Website:	

2. 会社・組織詳細 : Organization Details

※会社・組織名:	(和文)
※Name of Organization:	(英文)

3. 事業所(サイト)に関する情報 : Site Information

※主たる事業所:	(和文)	(事業所名)	(所在地)〒
※Certification Address: Main site (1)	(英文)	(Name)	(Location)
※従業員数: Number of Employees:			
この事業所内での業務活動: Describe work activity at this site:			

注: 請求書の送り先が異なる場合には、その旨 BSI グループジャパン株式会社 に書面でお知らせ下さい。
 Note: If Invoice address is different please inform BSI Group Japan K.K. in writing.

4. 認証範囲 : Scope 該当する□枠にチェックをご記入ください。

認証範囲: Scope:	<input type="checkbox"/> 組織としての認証・・・5. の項目にご記入ください (複数イベント及びイベント活動へのマネジメントシステム構築)
	<input type="checkbox"/> 単独のイベントへの認証・・・6. の項目にご記入ください

6. 単独のイベントへの認証を受ける場合 (4. で「単独のイベントへの認証」を選択した場合)

(1) イベントの詳細 : Details of event

イベントの認証範囲: Scope of event:	<input type="checkbox"/> 計画のみ	<input type="checkbox"/> 計画及び実施
イベントの主な内容: The main content of event:		
イベントとの関わり: Relations with event	<input type="checkbox"/> イベント主催者 <input type="checkbox"/> イベント会場の管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
イベントの開催地: Venue of event :	(住所)	動員予定人数: Number of participant :

7. 認証要求事項 : Certification Requirements

マネジメントシステム認証スタンダード What management system standard do you require? :	BS 8901: 2009
認証登録範囲 : (和文)	
Required Scope of Certification: (英文)	

※サーベイランス審査 頻度の選択 Continuous Assessment Frequency	一年毎 Annual <input type="checkbox"/>	6ヶ月毎 Every 6 months <input type="checkbox"/>
予備調査 (オプション) をご希望ですか? Does the company/organization need a Pre-Assessment Review?	はい	いいえ
審査開始希望時期 Preferred date of Initial Assessment 年 月頃 Year Month	認証取得目標時期 Certification Target? : 年 月頃 Year Month	

8. マネジメントシステムについて Certification Requirements

システム構築に際してコンサルタントを利用されていますか： Use Consultant?	Yes		コンサルタント名：
	No		
ISO14001:2004 等の他のシステム認証をお持ちですか：	Yes	No	
お持ちの場合、既に取得しているマネジメントシステム認証スタンダードをご記入ください： (例：ISO14001:2004 等)：			
差し支えなければ、システム認証はどちらの認証機関から受けていますか：			
貴組織は BSI グループジャパン株式会社 のサービスについてどのようにお知りになりましたか：			

※より正確な見積作成のために、貴組織の認証範囲に含まれる部門・課等を示す資料（組織図等）があれば、このアンケート用紙に添付又は別にお送り下さい。

以上、ご協力ありがとうございました。ご不明な点等ございましたら、営業部までご相談ください。

ご署名

Signature: _____

役職

Title: _____

日付

Date: _____

ご記入後、右記へご返送下さい。

BSI グループ ジャパン株式会社
BSI Group Japan K.K.

On completion of this form please return it to:

〒107-0061 東京都港区北青山 2-12-28 青山ビル 5階
5th Floor, Seizan Bldg., 2-12-28 Kitaayama, Minato-ku
Tokyo 107-0061 JAPAN

Tel: (03) 6890-1172 Fax: (03) 6890-1181 Internet www.bsigroup.com

※ご記入いただきました個人情報は、当該の見積りのご案内以外の目的には使用いたしません。