

貴社名	
ご担当者様名	
メールアドレス※1	
電話番号	

1	第1 ご希望 監査実施日時 ※2	年 月 日 曜日 時間
	第2 ご希望 監査実施日時 ※2	年 月 日 曜日 時間
	第3 ご希望 監査実施日時 ※2	年 月 日 曜日 時間
2	監査実施日数	日間
3	通訳者の必要有無	はい・いいえ
4	オンライン SOP システムの閲覧希望 → 4「希望する」を選択された場合 SOP システムログイン権限を付与致しますので 閲覧者様（複数名可）のメールアドレスをご記 入ください。	希望する・希望しない
5	SOP システム閲覧日数(基本 1 週間) ※3	日間

※1 SOP システムを閲覧ご希望の場合、SOP システムトレーニング動画へのアクセスパスワードと
また、監査の前にお読みいただいております文書「バリデーション、監査、ドキュメンテーション、
コンプライアンス、データプライバシー」の URL をご担当者様に送付させていただきます。

※2 ご希望になるべく沿うことが出来るよう社内で調整させていただきますが、なるべく早めにお申
し込みください。また、QA スタッフが本社スウェーデンにおります。大変恐れ入りますが監査実施
時間は、日本時間で **15 時以降**とさせていただきますのでご理解の程お願い致します。

※3 SOP システム閲覧期間は基本 1 週間とさせていただきますが、それ以上のアクセスが必要
な場合はこちらにその旨をご記入ください。