

**良好农业规范再认证农场调查表**

**（植物生产）**

申请单位（盖章）：

法人/负责人（签字）：

申请日期： 年 月 日

**南京农大认证服务有限公司**

**注 意 事 项**

1. 本表仅适用于植物收获及其简单处理产品。申请茶叶及烟叶模块认证时需要填写“加工”类《良好农业规范认证调查表》。
2. 本表无法人（负责人、内检员）签字和单位盖章均视为无效。
3. 本表涂改后无确认章（或签字）无效。
4. 本表应打印或用钢笔、签字笔填写，字迹工整、清晰。如无某项目内容时应划“/”表示，若因故无法填写时，应注明原因。
5. 填报数据一律用阿拉伯数字，文字说明一律用汉字。

**第一部分 基本情况**

1、基地名称与地址

|  |
| --- |
| 1.1生产单元（基地）地址是否变更？□是 □否 如是，请填写新的生产单元（基地）地址： 1.2生产基地范围是否变更？□是 □否如是，请详细描述变更情况或提供相关文件： 1.3生产组织模式是否变更？□是 □否如是，请描述新的生产组织模式：□公司 □合作社 □公司+农户 □合作社+农户 □其他，描述： 如实际生产涉及农户，请填写农户数： 1.4生产类型是否变更？□是 □否如是，请选择新的生产类型：□大田种植 □设施栽培 □大田种植+设施栽培 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 是/否修订 | 如修订,请提供新版本 |
| 1 | 质量管理手册 | □是 □否 |  |
| 2 | 生产操作规程 | □是 □否 |  |

2、质量管理文件

3、上年度认证不符合项及整改情况（附整改情况相关材料证明） □不涉及

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 不符合项描述 | 整改完成情况 | 整改措施 |
| 已完成 | 基本完成 | 未整改 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**第二部分 植物生产管理**

**1、主要农事活动调查**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 主要农事活动 | 月份 | 主要农事活动 |
| 1月 |  | 7月 |  |
| 2月 |  | 8月 |  |
| 3月 |  | 9月 |  |
| 4月 |  | 10月 |  |
| 5月 |  | 11月 |  |
| 6月 |  | 12月 |  |

**2、产品信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基地名称（或地块号） | 产品名称 | 种植面积 | 生长周期 | 采收期 | 是否申请认证 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| * 基地总面积 亩，GAP认证面积 亩。
* 是否存在平行生产：□是 □否
* 轮作、套作、间作情况：□有： □无。
 |

**3、种苗使用情况**

|  |
| --- |
| * 种苗来源：□自留种 □外购。
* 是否购买包衣种子：□否 □是，请列明种衣剂成分： 。
* 播种或栽植前是否进行种子或根茎处理：□否 □是，请说明处理流程和使用的物质名称： 。
 |
| 种子/种苗名称 | 种子/种苗品种 | 供应单位 | 购买数量 | 是否为转基因品种 | 有无购买凭据或证明 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4、肥料使用情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地块编号 | 面积（亩） | 作物名称 | 肥料名称 | 原料组成 | 肥料来源（自制/外购） | 施用量（吨） | 施肥时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**5、基地灌溉水情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 作物名称 | 是否灌溉 | 水源性质 | 灌溉设施 | 灌溉方式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**6、病虫草害防治情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地块编号 | 作物名称 | 病虫草害名称 | 使用物质名称 | 有效成分 | 用量 | 防治时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **申请产品采后管理情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | 是否自行收获，如果为否请说明理由 | 是否处理 | 每种产品采后处理流程 | 采后处理地点 | 申请人是否为另一获得gap认证农业生产者进行产品处理 | 处理方是否分包，如是请填写分包方注册号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**8、基地的主要生产设备**

|  |
| --- |
|  |

**9、GAP基地所在区域环境和边界状况调查：**

|  |
| --- |
| 产地所在区域气候条件、产地周围污染源、自然环境状况： |

**10、产地环境证明材料**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 环境质量 | 是/否适用 | 是/否检测 | 检测依据 | 检测单位 | 实验室资质 |
| 土壤 | □是 □否 | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |
| 水 | □是 □否 | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |
| 处理用水 | □是 □否 | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |

**11、生产外包情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **外包工作内容** | **外包作业单位名称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**12、年度生产计划**

|  |
| --- |
| 基地名称：  |
| 地块编号 | 面积(亩) | 前一季的作物 | 现在的作物 | 下一季计划种植作物 |
| 作物 | 生长周期 | 作物 | 生长周期 | 亩产（Kg/亩） | 预计产量（吨） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**第三部分 销售与管理**

**1、GAP认证证书与标识使用情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | 主要市场 | 销售量 | 是否已签订了购买销售合同 | 包装形式和规格 | 是否已经使用认证标识 | 标识使用方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2、质量管理体系情况调查**

|  |
| --- |
| 1.提交的质量管理文件是否为最新有效版本？ □是 □否 |
| 2.是否能确保在使用时可获得适用文件的有效版本？ □是 □否 |
| 3.是否保存了有效的GAP生产记录？ □是 □否 |

**3、资源管理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务 | 是否了解或熟悉国家GAP标准要求 | 任职年限 |
|  | 生产管理者 | □不了解 □了解 □熟悉 □掌握 |  |
|  | 内部检查员 | □不了解 □了解 □熟悉 □掌握 |  |

**声 明**

我在此声明，在我个人的经历、知识和能力范围内，本调查表中所填写并反映的所有生产和经营的情况都是真实的、准确的。我在此认同，后续必要的现场检查（包括抽样检测，查验原始记录及票据）是为了验证符合GAP标准的需要。同时我也知道，即使本调查内容经审查得到通过，并不意味着申报产品通过了GAP认证。

**负责人（签字）： 内检员（签字）：**

请将完整的表格和支持文件按下列地址提交给NAUCC，并保留本调查表和其他支持性文件的副本：

**南京农大认证服务有限公司**

地址：江苏省南京市玄武区童卫路20号 邮编：210095

联系电话：025-84396888 传真：025-84399698

网址：

您希望NAUCC在什么时间为贵单位提供实地检查认证服务? 日期：