

**良好农业规范再认证农场调查表**

**（畜禽养殖）**

申请单位（盖章）：

法人/负责人（签字）：

申请日期： 年 月 日

**贵州奥博特认证有限公司**

地址：贵州省贵阳市观山湖区兴义路润鑫广场A栋2305

邮编：550081 电话：0851-87102226 传真：0851-87102229

**注 意 事 项**

1. 本表无法人（负责人、内检员）签字和单位盖章均视为无效。
2. 本表涂改后无确认章（或签字）无效。
3. 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。
4. 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： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 养殖生产**

1、申请养殖规模

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 养殖品种 | 年度养殖总量 | 饲养周期 | 年出栏量 | 是否申请认证 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * 同一生产管理单元是否存在平行生产：□是 □否。 * 是否外购同种产品，是否存在有平行所有权：□是 □否 | | | | |

2、圈舍和运动场

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 圈舍编号 | 畜禽名称 | 圈舍面积（m2） | 室外面积（m2/只或m2/头） | 最大存栏量 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |

3、饲料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.1外购全价料 □不涉及 | | | | | | | | |
| 全价料的种类 | 供货单位 | | | 是否有生产许可证 | | 年购买量 | | 饲料中加入药品种类和名称 |
|  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  |
| 3.2自制全价料 | | | | | | | | |
| 自产料种类 | 该饲料配料成分和比例 | | | 加工工艺 | | 饲料中加入药品  种类和名称 | | 年生产量 |
|  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  |
| 3.3自制配合饲料 □不涉及 | | | | | | | | |
| 主要原料名称 | 良好农业认证证书 | | | 产品检测报告 | | 是否和购买批次相符 | | |
|  | □是 □否 | | | □有 □无 | |  | | |
|  | □是 □否 | | | □有 □无 | |  | | |
| 3.4饲料仓库 | | | | | | | | |
| 仓库名称 | | 储藏地点 | | | 储藏方法 | | 储藏能力 | |
| 场内 | 场外 | |
|  | | □ | □ | |  | |  | |
|  | | □ | □ | |  | |  | |

4、畜禽繁育与引入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1是否引入通过GAP认证的畜禽 □是 □否 | | |
| 品种 | 数量（头/只） | 到场月龄/周龄/日龄（引入时） |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4.2畜禽繁育 | | |
| 本养殖场采取何种繁殖方式？  □自然繁殖 □人工受精 □胚胎移植 □克隆 □激素促进畜禽排卵和分娩 □其他人工或辅助性繁殖技术，请描述： | | |
| 4.3畜禽群体/个体的识别方式 | | |
| 请描述具体措施： | | |

5、疾病防治

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5.1兽医师与技术员 | | | | | | | | | |
| 兽医/技术员姓名 | 学历 | | | 专业 | | 职务 | | | 资格证书 |
|  |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | | |  |
| 5.2免疫 | | | | | | | | | |
| 免疫程序的法律依据： | | | | | | | | | |
| 疫苗种类 | 防疫范围 | | | | 应用范围 | | 免疫方式 | | |
|  |  | | | |  | |  | | |
|  |  | | | |  | |  | | |
|  |  | | | |  | |  | | |
|  |  | | | |  | |  | | |
| 5.3非治疗性手术 | | | | | | | | | |
| 养殖品种是否需要采取以下非治疗性手术？□是 □否，如是，请选择：  □物理阉割 □断角 □断牙 □犬牙钝化 □断尾 □剪羽 □断喙 □断趾 □烙翅  □其他，请描述： | | | | | | | | | |
| 5.4疾病防治 | | | | | | | | | |
| 5.4.1是否根据养殖场当地特点选择适应性强、抗性强的品种进行饲养？□是 □否  5.4.2 养殖场内环境卫生是否良好？□是 □否  请描述清洁方式和清洁剂名称：  请描述消毒方式和消毒剂名称：  在畜禽舍使用消毒剂时，是否将畜禽迁出？□是 □否 □不涉及  5.4.3 是否定期清理畜禽粪便：□是 □否 如是，请描述频次：  5.4.4 请描述本养殖场畜禽疾病防治措施 | | | | | | | | | |
| 疫苗、植物源制剂、微量元素、兽药或其他物质的具体名称 | | | | | 使用目的（预防接种、预防性治疗、医治疾病、刺激生长或控制生殖行为） | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 5.5兽药仓库 | | | | | | | | | |
| 仓库名称 | | 储藏地点 | | | 储藏方法 | | | 储藏能力 | |
| 场内 | 场外 | |
|  | | □ | □ | |  | | |  | |
|  | | □ | □ | |  | | |  | |

6、畜禽饮用水

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 水源性质 | 处理方式 | 是/否检测 | 检测依据 | 检测单位 | 实验室资质 |
|  |  | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |
|  |  | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |
|  |  | □是 □否 |  |  | □CNAS/CMA □无 |

7、病死猪与粪污处理

|  |
| --- |
| 7.1病死注的处理方式 |
|  |
| 7.2粪污处理 |
|  |

**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 |
|  | 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产品标准的需要。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产品认证。

**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OBT，并保留本调查表和其他支持性文件的副本：

**贵州奥博特认证有限公司**

地址：贵州省贵阳市观山湖区兴义路润鑫广场A栋2305 邮编：550081

联系电话：0851-87102226 传真：0851-87102229

网址：[www.obt-int.com](http://www.obt-int.com)

您希望OBT在什么时间为贵单位提供实地检查认证服务? 日期：