

(様式第 11)  
受付番号 (JET で記載します。)  
受付年月日 (JET で記載します。)

発信番号  
年 月 日

## 低圧系統連系保護装置等 認証抹消届

一般財団法人電気安全環境研究所  
理事長 殿

認証取得者  
会社名:  
代表者名:

下記の認証モデルについては、認証を抹消したいので、低圧系統連系保護装置等認証業務規程第 16 条第 1 項の規定により、届出ます。

### 記

認証取得者  
住 所:  
氏 名:  
認証製品を製造する工場  
住 所:  
工場名:  
認証登録番号:  
認証登録年月日:  
製品の型番等  
認証モデルの名称:  
認証モデルの用途:  
認証モデルの型名:  
抹消の理由

### 認証取得者の責任者

会社名:  
所属部署:  
氏 名:  
住 所:  
電話及び FAX 番号:  
E-mail:

印(必ず押印して下さい。)

### 申込時確認事項

※1: 本申込を電子ファイルにて行う場合は、電子ファイルを原本とすることを承知します。 : 確認(チェック願います)