（様式第9）

受付番号（JETで記載します。) 発信番号

受付年月日（JETで記載します。） 年　月　日

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：

住　　所：

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、系統連系保護装置等認証業務規程第19条第1項の規定により、届出ます。

記

認証登録番号：

抹消の理由

本申込みの責任者

会社名：

所属部署：

氏　名：

住　所：

電話及びFAX番号：

E-mail:

申込時確認事項

※：押印ない本申込を原本とする旨、承知します。　□：確認（チェック願います）