（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）