

(様式第 5-1/2)

認証に係る変更届

(認証製品に関する変更)

年 月 日

受付番号：

(JET記載欄)

一般財団法人 電気安全環境研究所 御中

J E T 認証業務規程の規定により下記の認証書番号に係る内容に関し、次のとおり変更したいので届け出ます。

記

1. 認証取得者

会社名：

住所：〒

2. 認証書番号：

3. 変更の具体的内容 (該当する箇所に印を付け、変更対象となる製品の型番を記載して下さい)

 別紙に記載のとおり 以下に記載のとおり4. 認証書の発行 (ご希望する箇所に印を付けて下さい) 希望する 希望しない

5. 認証に関する責任者

会社名：

住所：〒

所属・役職：

氏名：

(署名又は捺印)

TEL:

FAX:

E-mail:

備考 新たに製品を追加する場合は、様式第 1 の認証申込書をご提出下さい。

(様式第 5-2/2)

(□ にチェック願います)

6. 試験成績書の発行

□ 希望する (有料にて簡易版成績書となります。) (□ 和文 □ 英文)

注) 英文の発行を希望される場合は、会社名、住所等の英文表記をご提出願います。

申込み内容により発行内容が制約される場合があります、予めご確認をお願い致します。

□ 希望しない

7. 認証希望日の指定 (特急扱いの場合は別途追加料金が掛かります)

□ 指定する (年 月 日を希望)

□ 指定しない

8. 試験品の情報 (発送予定日、梱包数などの必要な情報を記載願います)

注) 試験品の必要数量は、担当部門において提出された書類の内容を確認後、ご連絡をさせていただきますのでご承知おき願います。

また、大型の試験品は予めお持ち込みされる事業所にお問い合わせください。

□ 試験品のみを発送予定 (年 月 日頃) (梱包数:)

□ J E T 窓口へ持込予定 (年 月 日頃)

□ その他

9. 送付先等の確認

1) J E T からのお問い合わせ先;

□ 申込書の申込責任者 □ 下記の連絡先 1 □ 下記の連絡先 2

2) 認証書、試験成績書の送付先;

□ 申込書の申込責任者 □ 下記の連絡先 1 □ 下記の連絡先 2

3) 試験料等の請求書送付先;

□ 申込書の申込責任者 □ 下記の連絡先 1 □ 下記の連絡先 2

(「請求書宛名」が申込者名と異なる場合を希望するときは、その旨をご記入願います)

4) 試験済品等の返還;

□ 着払いにて返送を希望

□ 申込書の申込責任者 □ 下記の連絡先 1 □ 下記の連絡先 2

□ 引き取る

□ J E T での廃棄を希望 (小型のものに限る、廃棄に係る費用は申込者が負担する)

連絡先 1

会社名:

住所: 〒

所属・役職:

担当者名:

TEL:

FAX:

E-mail:

連絡先 2

会社名:

住所: 〒

所属・役職:

担当者名:

TEL:

FAX:

E-mail:

(添付書類 1)

受付番号：

(JET記載欄)

技術仕様申告書

1. 製品名 (電気用品名等を記載)：

2. 製品の型番及びその定格 (定格電圧、定格周波数、定格消費電力等)：

(複数の場合は全ての組み合わせを記載して下さい：この欄に記載できない場合は、別紙として添付)

3. 技術的情報：

(試験品の写真若しくは図面、外郭材料、構成部品一覧表、回路図、表示事項、取扱説明書、施工説明書(図面)、その他試験を実施するために必要な情報を以下に記載願います。この欄に記載できない場合は、必要な資料を添付して下さい。)

(添付書類2)

委 任 状

年 月 日

一般財団法人 電気安全環境研究所 御中

[申 込 者]

会社名：

住 所：〒

所属・役職：

責 任 者 名：

(署名又は捺印)

私は、次の者を代理人と定め、JET認証に係る認証の申込み、認証書記載事項の変更等に関する一切の権限を委任します。

[代 理 人]

会社名：

住 所：〒

所属・役職：

責 任 者 名：

TEL：

FAX：

E-mail：

委 任 期 間：

 代理人に変更があるまで 年 月 日より 年 月 日まで

注：新たに提出する委任状は、原本とし、次回からは、お申し込みの都度、原本の写しのご提出をお願いいたします。

(添付書類 7)

受付番号：

(JET記載欄)

出張試験申込書

一般財団法人 電気安全環境研究所 御中

下記の申込みについて、出張試験を受けたいので申し込みます。

記

1. 認証申込者

会社名：

住所：〒

2. 製品名（電気用品名等を記載）：

3. 製品の型番：（複数の場合は全て記載して下さい：この欄に記載できない場合は、別紙として添付）

4. 出張申込理由：

5. 試験場所：（□別紙、最寄り駅からの時間及び略図を添付）

6. 出張試験実施希望日：

7. 認証に関する責任者

会社名：

住所：〒

所属・役職：

氏名：

TEL:

FAX:

PCM-51-02-PC-Ed.2.1
E-mail: