

| | |
|--------|-------|
| ※ 整理番号 | |
| ※ 審査結果 | |
| ※ 受理日 | 年 月 日 |
| ※ 許可番号 | |

火薬類譲渡許可申請書

年 月 日

大崎地域広域行政事務組合消防長 様

(代表者) 氏 名

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 名 称 | |
| 事務所所在地(電話) | |
| 職 業 | |
| (代表者) 住所 氏名 (年齢) | |
| 火 薬 類 の 種 類 及 び 数 量 | |
| 譲 渡 目 的 | |
| 譲 渡 期 間 (一年を超えないこと。) | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| 譲渡火薬類の所在場所 | |
| 譲渡の相手方 | 住 所 |
| | 氏 名 |

- 備考 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
 2 ※印の欄は、記載しないこと。