規則様式第９（第３５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※　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。