

※ 整理番号	
※ 審査結果	
※ 受理日	年 月 日
※ 許可番号	

## 火薬類譲受許可申請書

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 受 目 的			
譲 受 期 間 (一年を超えないこと。)	自	年 月 日	
	至	年 月 日	
貯蔵又は保管場所			
消費に関する事項	目 的		
	日 時 (期 間)	自	年 月 日
		至	年 月 日
	場 所		

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。