

火 薬 庫 承 継 届

年 月 日

小千谷市消防長 あて

(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)	
火薬庫所在地（電話）	
火薬庫の種類及び棟数	
貯蔵火薬類の種類及びその最大貯蔵量	
前所有者又は前占有者の住所氏名	
承 継 の 理 由	
承 継 の 期 日	
備 考	

- 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 2級火薬庫にあつては、備考の欄にその使用期間を記載すること。