

火薬類譲渡許可申請書

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）		
火薬類の種類及び数量		
譲渡目的		
譲渡期間（1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 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。