様式第９（第３５条関係）

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。