

火薬類譲受許可申請書

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 受 目 的		
譲受期間（1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）	
	場 所	

備考 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。