

年 月 日

特定施設（火薬庫）使用再開届

小千谷市消防長 あて

住所 (電話)
氏名
(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

下記のとおり、特定施設（火薬庫）の使用を再開するので、届け出ます。

記

施設の所在地	
施設の種類及び棟数	
許可年月日及び番号	年 月 日 第 号
使用再開年月日	年 月 日
保安検査年月日	年 月 日
備考	
※受付欄	※経過欄

注 ※印の欄は、記載しないでください。