様式第１９号（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | |