

様式第9(第35条関係)

× 整理番号	
× 審査結果	
× 受理日	年 月 日
× 許可番号	

火薬類譲渡許可申請書

年 月 日

様

(代表者)氏名

名 称			
事務所所在地(電話)	(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	平成 年 月 日	
	至	平成 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 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
2 ×印の欄は、記載しないこと。