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

福井市長　殿

代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  |
| 譲渡期間  （１年を超えないこと。） | | 自　　　　　年　　月　　日  至　　　　　年　　月　　日 |
| 譲渡火薬の所在場所 | |  |
| 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。