

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

〔都道府県知事
指定都市の長〕 殿

(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		
譲渡目的		
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。