

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 殿  
指定都市の長

(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。