

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。