

年 月 日

営業（火薬庫の用途）廃止届

小千谷市消防長 あて

住所 (電話)
氏名 (印)
(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

下記のとおり、営業（火薬庫の用途）を廃止したので、届け出ます。
記

廃止した営業等	許可年月日及び番号	年 月 日 第 号
	営業内容又は火薬庫の種類及び棟数	
	所在地	
	廃止年月日	年 月 日
	廃止の理由	
残火薬類の処分方法		
備考		
※受付欄		※経過欄

注

- 1 氏名又は代表者の氏名は、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 2 ※印の欄は、記載しないでください。