

火薬庫外貯蔵所指示願

小千谷市消防長 あて

住所 (電話 )  
氏名 ⑩

(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

下記のとおり、火薬庫外貯蔵所を設置したいので、指示願います。

記

火薬庫外貯蔵所の区分	1 建築物 2 ロッカー等の設備 (設備の名称 )		
火薬庫外貯蔵所の設置場所			
貯蔵する火薬類の種類及び最大貯蔵量			
貯蔵する火薬類の用途			
使用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
保安管理責任者の職氏名		免状の種類	
※受付欄	※経過欄		

添付書類

- 1 建築物にあつては火薬庫外貯蔵所工事設計明細書、ロッカー等の設備にあつては設備の概要を示す図面及びその設備を設置した位置を示す建物の図面
- 2 火薬庫外貯蔵所の周囲200メートル以内の地形図

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。