

火薬庫外貯蔵所用途廃止届

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、火薬庫外貯蔵所の用途を廃止したので、届け出ます。

記

用途を廃止した火薬庫外貯蔵所	指示年月日及び番号	年 月 日 第 号
	火薬庫外貯蔵所の設置場所	
	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。