

## 火薬類譲渡許可申請書

年 月 日

小千谷市消防長 あて

（代表者）氏 名

印

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 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。