様式第１９号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　特定施設（火薬庫）使用再開届　小千谷市消防長　あて住所　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり、特定施設（火薬庫）の使用を再開するので、届け出ます。記 |
| 　 | 施設の所在地 | 　 | 　 |
| 施設の種類及び棟数 | 　 |
| 許可年月日及び番号 | 年　　月　　日　　　第　　　　号　　　　　　 |
| 使用再開年月日 | 年　　月　　日　　　　　　　　　　 |
| 保安検査年月日 | 年　　月　　日　　　　　　　　　　 |
| 備考 | 　 |
| ※受付欄 | ※経過欄 |
| 　 | 　 |
| 　注　※印の欄は、記載しないでください。 |