

※整理番号	
※審査結果	
※受理日	年 月 日
※許可番号	

火薬類譲受許可申請書

年 月 日

気仙沼・本吉地域広域行政事務組合
管理者

殿

（代表者）氏名

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 受 目 的	
譲 受 期 間 （1年を超えないこと ）	自 年 月 日 至 年 月 日
貯蔵又は保管場所	
消費に関する事項	目 的
	日 時 （期 間 ）
	場 所

備考 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

2 ※印の欄は、記載しないこと。