

| | |
|-------|-------|
| ※整理番号 | |
| ※審査結果 | |
| ※受理日 | 年 月 日 |
| ※許可番号 | |

火薬類譲渡許可申請書

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） | |
| （代表者）住所 氏名 （年齢） | （ 才） |
| 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 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。