

× 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

石巻地区広域行政事務組合  
理事長

殿

(代表者)

㊞

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、日本工業規格A4とすること。

2 ×印の欄は、記載しないこと。