様式第9(第35条関係)

×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

都道府県知事
指定都市の長　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　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。