

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

静岡県知事 様

(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 | | |
| 譲渡目的 | | |
| 譲渡期間(1年を越えないこと。) | | 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。