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。