

火薬類譲渡許可申請書

年 月 日

枚方寝屋川消防組合
管理者 あて

(代表者) 氏名

印

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	