（省令様式）

様式第9（第35条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| × |  |
| × |  |
| × | 年　　月　　日 |
| × |  |

火薬類譲渡許可申請書

　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

（代表者）氏　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | |  |
| 事務所所在地（電話） | |  |
| 職業 | |  |
| （代表者）（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。