

別表第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

茨城県知事

殿

（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年をこえないこと。）	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、日本工業規格A4とすること。
2 ×印の欄は、記載しないこと。