

×整理番号	
×審査結果	
×受理日	年 月 日
×許可番号	

火薬類譲受許可申請書

年 月 日

茨城県知事 殿

(代表者)

名	称	
事務所所在地(電話)		〒 TEL
職	業	
(代表者)住所氏名(年齢)		
火薬類の種類及び数量		
譲受目的		
譲受期間(1年を超えないこと。)		自 年 月 日 至 年 月 日
貯蔵又は保管場所		
消費に関する事項	目的	
	日時(期間)	
	場所	

- 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。