様式　34(法様式　9)

|  |  |
| --- | --- |
| ×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

令和　　年　　月　　日

　　三 重 県 知 事　　様

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 事務所所在地 | （電話）　　　（　　）　　　　　 |
| 職業 |  |
| 代表者住所氏名 |  |
| 火薬類の種類及び数量 |  |
| 譲渡目的 | 　 |
| 譲渡期間（6ヶ月を超えないこと） | 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。