

様式第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

秋田県知事 殿

(代表者)

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		

- 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。