

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

徳 島 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。