

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

福岡県知事 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）		
火薬庫の種類及び数量		
譲渡の目的		
譲渡期間（1年を越えないこと。）	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。