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

 　千葉県知事　　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(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。

|  |
| --- |
| 千葉県収入証紙貼付用紙 |
| 金　　　　額 | 申 請 の 種 類 | ※　整 理 番 号 |
| 金　　，　　　円 | 火薬類譲渡許可 | 　　　　　―　 |
| ※申 請 年 月 日 | 申請者の住所・事業所名（氏名） |
| 年 　月 　日 |  |
| 証　紙　貼　付　欄 |
|  | この欄には貼付しないこと |  | この欄には貼付しないこと |

 注　意　１ 収入証紙は割印しないこと。

 ２　※の欄は記入しないこと。

 ３　収入証紙売場は中庁舎地下１階売店にあります。