

火薬庫廃止届

年 月 日

千葉県知事 様

(代表者)氏 名

所有 火薬庫 棟を廃止したので、火薬類取締法第16条第2項の規定により届け出ます。

火薬庫の所有又は占有者の名称	
事務所所在地(電話)	
火薬庫所在地	
火薬庫の種類及び棟数	
許可年月日	年 月 日
許可番号	千葉県 第 号
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由 (廃止後の処置)	廃止した火薬庫に火薬類の在庫はありません。

添付書類 廃止した火薬庫の許可証等

(許可証等を紛失した場合のみ)

紛 失 届

年 月 日

千葉県知事

様

住 所

名 称

代表者

過日、私（弊社）の不注意により、火薬庫設置許可証等を喪失してしまいました。

火薬庫を廃止するにあたり、同許可証等の添付ができませんのでお届けします。

なお、同許可証が発見された場合は、直ちに返納いたします。