**火薬庫休止届**

　　　　 　 　　　年　　月　　日

　千葉県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

名　　称

代 表 者

当　　　　　　　所有　　　　火薬庫を休止したので届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 火薬庫の種類 |  |
| 火薬庫所在地 |  |
| (代表者)住所・氏名  （連絡先） |  |
| 貯蔵する火薬類の種類 |  |
| 許可年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 許可番号 | 千葉県　　　　第　　　　号 |
| 休止期間 | 年　　　　月　　　　日から  　　　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 休止の理由 |  |