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

　奈 良 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。