

様式第 8 (第 1 4 条の 2 関係)

×整理番号	
×受理日	年 月 日

火 薬 庫 承 継 届

年 月 日

埼玉県知事 様

(代表者)

㊞

名 称	
事務所所在地(電話)	
職 業	
(代表者)住所氏名(年齢)	
火薬庫所在地(電話)	
火薬庫の種類及び棟数	
貯蔵火薬類の種類及びその最大貯蔵量	
前所有者又は前占有者の住所氏名	
承継の理由	
承継の期日	
備 考	

- 備考 1 この用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。
 2 ×印の欄は、記載しないこと。
 3 2 級火薬庫にあつては、備考の欄にその使用期間を記載すること。