

※ 整理番号	
※ 受理日	年 月 日

指定完成検査機関完成検査受検届

年 月 日

黒川地域行政事務組合理事会
理事長 殿

（代表者）氏名 ○○株式会社
代表取締役 ○○ ○○

名 称	○○株式会社 ○○営業所
事務所所在地（電話）	○○市○○丁○番○号 電話 ○○○（○○○）○○○○
製造所又は火薬庫の所在地（電話）	○○市○○丁○番○号 電話 ○○○（○○○）○○○○
検査を受けた製造施設又は火薬庫	
許可年月日及び許可番号	○○年 ○○月 ○○日 指令第○○号
完成検査証の検査番号	○○年 ○○月 ○○日 指定完成検査機関名 第○○号
検査を受けた年月日	○○年 ○○月 ○○日

- 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。