

※ 整理番号	
※ 受理日	年 月 日

## 火 薬 庫 承 継 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 ○○○（○○○）○○○○
職 業	会社員
(代表者) 住 所 氏 名 (年齢)	○○市○○丁○番○号 代表取締役 ○○ ○○ (○○歳)
火薬庫所在地（電話）	○○市○○丁○番○号 電話 ○○○（○○○）○○○○
火薬庫の種類及び棟数	別紙のとおり
貯蔵火薬類の種類及び その最大貯蔵量	別紙のとおり
前所有者又は前占有者 の 住 所 氏 名	○○市○○丁○番○号 代表取締役 ○○ ○○
承 継 の 理 由	当該物件売買契約に基づく。（別添契約書写しのとおり）
承 継 の 期 日	○○年○○月○○日
備 考	

- 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。
  - 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。