

## 火薬庫用途廃止届

年 月 日

黒川地域行政事務組合理事会  
理事長 殿

氏名又は名称 ○○株式会社

〔 法人にあつては 〕 代表取締役 ○○ ○○  
〔 代表者の氏名 〕

事務所所在地（電話）	○○市○丁目○番○○号 (○○○) ○○○○
火薬庫所在地	○○市○丁目○番○○号
許可年月日 及び番号	○○年 ○月 ○日 指令第 ○○○ 号
火薬庫の種類 及び棟数	地上式○級火薬庫 ○棟
廃止年月日	○○年 ○月 ○日
廃止の理由	○○のため
残火薬類の 措置状況	下記業者へ譲渡済み。 ○○(株) 代表取締役 ○○ ○○ 電話○○○—○○○○

添付書類 残火薬類の措置を確認できる帳簿の写し