

火 薬 庫 承 継 届

年 月 日

三 原 市 消 防 長 様

(代表者) 氏名

名 称	
事務所所在地（電話）	
職 業	
(代表者) 住 所 氏 名 (年 齢)	( 歳)
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	

- 注 1 申請人が法人である場合には、法人名、代表者氏名を記載すること。  
2 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。  
3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。