**火薬庫廃止届**

　　　　 　 　　　年　　月　　日

　千葉県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）氏　　名

　所有　　　　　　火薬庫　　　棟を廃止したので、火薬類取締法第１６条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 火薬庫の所有又は  占有者の名称 |  |
| 事務所所在地（電話） |  |
| 火薬庫所在地 |  |
| 火薬庫の種類及び棟数 |  |
| 許可年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 許可番号 | 千葉県　　　　第　　　　号 |
| 廃止年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止の理由  （廃止後の処置） | 廃止した火薬庫に火薬類の在庫はありません。 |

　※添付書類　廃止した火薬庫の許可証等

紛　　失　　届

（許可証等を紛失した場合のみ）

　　年　　月　　日

　千葉県知事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

　　名　称

　　代表者

　過日、私（弊社）の不注意により、火薬庫設置許可証等を喪失してしまいました。

　火薬庫を廃止するにあたり、同許可証等の添付ができませんのでお届けします。

　なお、同許可証が発見された場合は、直ちに返納いたします。