別紙１

火薬庫一時休止届

年　　月　　日

札　幌　市　長　　様

届出者

　 住所

 　　　　　　　 　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

　　　　 電話番号

火薬庫の使用を一時休止したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 火薬庫の所在地 |  |
| 火薬庫の種類及び棟数 |  |
| 許可年月日及び許可番号 | 　　　　　 年　 　月　　 日　　　　　　　　 第　 　　 　号 |
| 休止の理由 |  |
| 休止の期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 休止期間中の貯蔵火薬類の譲渡先 |  |
| 備考 |  |

注　この届書には、火薬庫所（占）有者在庫報告書（別紙２）を添付して下さい。

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することがで

きる。