**火薬類販売営業開始届**

 　　　　 　　　年　　月　　日

 　千葉県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）氏　　名

 　　　　年　　月　　日付けで届出した火薬類販売営業について、販売を再開したいので届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　　　　称 |  |
| 事務所所在地（電話） |  |
| (代表者)住所・氏名 |  |
| 販売する火薬類の種類 |  |
| 許可年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 許可番号 | 　千葉県　　　　第　　　号 |
| 販売開始予定日 | 　　　　　年　　月　　日から |
| 備考 |  |
|