

様式第8（第14条の2関係）

× 整理番号	
× 受理日	年 月 日

## 火薬庫承継届

年 月 日

千葉県知事 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）	
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	

- 備考 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。  
2 ×印の欄は、記載しないこと。  
3 2級火薬庫にあっては、備考の欄にその使用期間を記載すること。

# 火薬庫譲渡証明書

年 月 日

譲渡人 住所  
(前所有者等)

氏名  
(代表者)

譲受人 住所

氏名  
(代表者)

下記のとおり火薬庫の譲渡について証明します。

前火薬庫の所有又は 占有者の名称	
前火薬庫の所有又は占有者 の事務所所在地(電話)	
火 薬 庫 所 在 地	
火薬庫の種類および棟数	
貯蔵火薬類の種類 およびその最大貯蔵量	
許 可 年 月 日	年 月 日
許 可 番 号	千葉県 第 号の
譲 渡 ( 譲 受 ) 日	年 月 日
備 考	

# 火薬庫相続証明書

年 月 日

千葉県知事 様

証明者 住所

氏名

証明者 住所

氏名

証明者 住所

氏名

次のとおり火薬庫について相続がありましたことを証明します。

## 1 被相続人の氏名及び住所

氏名

住所

## 2 許可年月日及び許可番号

年 月 日 千葉県 第 号の

年 月 日 千葉県 第 号の

## 3 火薬庫の地位を承継した者の氏名及び住所

氏名

住所

## 4 相続開始の年月日 年 月 日

備考 1 証明者は当該事業の地位を承継する者として選定された者以外の相続人全員（相続人が2人以上いる場合）又は前記以外の場合にあっては、証明者は2人以上

# 承 諾 書

年 月 日

(火薬庫等設置者) 様

住 所  
(土地所有者)  
氏 名

下記の場所に を設置することを承諾します。

記

用紙の大きさは日本産業規格 A4 とする。