

年 月 日

特定施設（火薬庫）使用休止届

小千谷市消防長 あて

住所 (電話)
氏名
(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

下記のとおり、特定施設（火薬庫）の使用を休止したので、届け出ます。

記

施設の所在地	
施設の種類及び棟数	
許可年月日及び番号	年 月 日 第 号
休止の理由	
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
備考	
※受付欄	※経過欄

注

- 1 火薬庫の使用を休止した場合は、休止予定期間中における火薬類の貯蔵場所を備考欄に記載してください。
- 2 ※印の欄は、記載しないでください。