火薬庫外貯蔵場所指示申請書

　　　年　　月　　日

滋賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）氏　　　　　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  | |
| 事務所所在地(電話) | (電話) | |
| 職業 |  | |
| 貯蔵庫の所在地(電話) | (電話) | |
| 庫外貯蔵する場所 |  | |
| 規則第15条の  貯蔵する者等の区分 |  | |
| 貯蔵の方法 |  | |
| 貯蔵する火薬類の種類  及び最大数量 |  | |
| 庫外貯蔵期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | |
| 管理責任者の氏名(年齢) |  | 年齢　　　歳 |
| 庫外貯蔵の目的 |  | |
| 火災防止の方法 |  | |
| 盗難防止の方法 |  | |
| 直近1年間の最大貯蔵量 |  | |
| 備考 |  | |

（備考）　１　庫外貯蔵の指示を受ける期間は１年以内とし、庫外貯蔵の目的の期間を超えないものとする。