

×整 理 番 号	
×審 査 結 果	
×受理年月日	年 月 日
×許 可 番 号	

火 薬 類 販 売 営 業 許 可 申 請 書

年 月 日

多治見市長

代表者氏名

名 称		
販売所所在地（電話）	〒	
（代表者）住所氏名	〒	
販売する火薬類の種類		
欠格事由に関する事項	1 法第44条の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	
	2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後3年を経過していない者	
	3 心身の故障により火薬類の販売の業を適正に行うことができない者として経済産業省令で定めるもの	
	4 法人又は団体であって、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの	

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。