

火薬類販売営業廃止届出書

年 月 日

大阪府知事 殿

代表者

印

名 称		
事務所所在地 (電話)	本 社	()
	事業所	()
販売所所在地		
販売する火薬 類の種類		
廃止する販売 営業の許可 年月日番号		
廃止年月日		
廃止の理由		
備 考		