都様式（規則第１５条関係）

火薬庫外貯蔵場所等指示解除願

年　　月　　日

東京都知事殿

（代表者）氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地（電話） |  |
| 代表者住所・氏名 |  |
| 貯蔵場所 |  |
| 解除の理由 |  |
| 解除の年月日 |  |
| 火薬庫外貯蔵場所の指示年月日及び番号 | 　　　　年　　　月　　　日付　　　　　　第　　　　　号 |
| 備考 | 火薬庫外貯蔵場所指示解除願を提出するにあたり、火薬類の在庫がないことを申し立てます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部課担当者名連絡先 |  |

添付書類　解除する火薬庫外貯蔵場所の指示書