

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