

| | |
|-------|-------|
| ×整理番号 | |
| ×受理日 | 年 月 日 |

特定施設・火薬庫保安検査申請書

年 月

日

手数料に
該当する額
の県証紙

群馬県知事

あて

代表者氏名

| | |
|---------------------------|-------|
| 名 称 | |
| 事務所所在地（電話） | |
| 製造所又は 火薬庫所在地（電話） | |
| 完成検査証の 交付年月日 | 年 月 日 |
| 前回の保安検査に係る 保安検査証の交付年月日 | 年 月 日 |

備考 1 用紙の大きさはA4、×印の欄は記載しないこと。
2 () は該当する一機関名を記載すればよい。

注、規則様式第18（第44条の2関係）の参照