火薬類販売営業廃止届

　　　年　　月　　日

滋賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）氏　　　　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 販売所所在地(電話) |  |
| 許可年月日、許可番号 |  |
| 廃止する営業の内容 |  |
| 廃止の理由 |  |
| 廃止年月日 |  |
| 備考 |  |