

×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