

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

消防署長 殿

申請者 住所（所在地）
氏名（名称）
（代表者氏名）
電 話 番 号

消 火 器 薬 剤 等 充 填 申 請 書

このことについて、堺市消火協力者消火器薬剤等充填事務に関する事務処理要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

発生日時	年 月 日 () 時頃		
発生場所			
消火器の種類 及び数量	加圧式・蓄圧式	型式 (型)	4・5・6・10 その他 ()
	粉末・強化液 その他 ()	数量 (本)	
備 考			
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄	
		(承認・不承認) 年月日 年 月 日	
		(返納年月日) 年 月 日 受領者印若しくはサイン	

注意 ※の欄には記入しないでください。