

別記様式

消火器の薬剤充填申請書

年 月 日

(あて先)

仙台市\_\_\_\_\_消防署長

申請者  
住所  
電話番号  
氏名

応急消火協力者が使用した消火器の薬剤充填に関する要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

使用日時	年 月 日 時 分ごろ		
使用場所	仙台市 区		
使用消火器	種別	型	本数
	粉末	型	本
		型	本
		型	本
	その他 ( )	型	本
		型	本
型		本	

※ 初期消火に使用した全ての本数を記入してください。

※ 認定事由に該当しない場合、充填が出来ない場合があります。

(消防署記入欄)

火災種別	建物火災  その他火災 ( )火災	火 災 番 号	
火災発生日時	年 月 日 時 分ごろ		
火災発生場所	仙台市 区		
消火器使用状況			
※受付欄		経過	
		認定年月日	年 月 日
		充填年月日	年 月 日
		引渡年月日	年 月 日
		受領者名 _____	