

指定失効等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

指定失効等に伴う覚醒剤原料の所有数量について第1項の規定により、報告します。

当該覚醒剤原料取扱者又は覚醒剤原料研究者の住所氏名を記載してください。
(法人の場合は、当該施設の長(支店長等)が届け出ても差し支えありません。)

令和〇〇年 〇月〇〇日

住 所 松山市三番町8丁目234
報告義務者続柄
氏 名 株式会社〇〇〇〇
代表取締役 愛媛 太郎

都道府県知事 〇〇 〇〇 殿

指定の種類		覚醒剤原料取扱者		
指定証の番号	〇〇第 〇 号	指定年月日	令和××年 5月 1日	
業務所	所在地	西条市喜多川796-1		
	名 称	株式会社〇〇〇〇 西条支店		
品 名		数 量		
〇〇錠 〇〇mg		100錠		
報告の事由及びその事由の発生日		令和〇〇年 〇月××日 業務所の廃止のため		

含有量(濃度)も記載してください。

備考

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 法人の場合は住所の欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載すること。
- 4 指定証の番号及び指定年月日欄並びに業務所欄には、指定失効等前のもを記載すること。