**指定失効等に伴う覚醒剤譲渡報告書**

指定失効等に伴う覚醒剤の譲渡について、覚醒剤取締法第24条第２項の規定により、報告します。

年　　　月　　　日

住　所

報告義務者続柄

氏　名

厚生労働大臣

長野県知事　　　殿

保健所長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | | |  | | | | | | |
| 指定証の番号 | | | 第号 | | | 指定年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 病院（診療所）又は研究所 | 所在地 | |  | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | |
| 品名 | | 数量 | | | 譲受人  住所・氏名 | | 指定の種類 | | 指定証の番号 |
|  | |  | | |  | |  | |  |
| 報告の事由及びその事由の発生年月日 | | | |  | | | | | |

（備考）

１　法人の場合は住所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。

２　指定証の番号及び指定年月日欄並びに病院（診療所）又は研究所欄には、指定失効等前のものを記載すること。