

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。