|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 取 扱 課  薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名  茨城県　　　　　保健所  　　　（衛生課扱） | 経由第　 号  年 月 日 |  |

指定失効等に伴う覚醒剤所有数量報告書

　 指定失効等に伴う所有数量について、覚醒剤取締法第２４条第１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

茨城県知事 殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | |  | | | |
| 指定証の番号 | | 第　　　　　号 | | 指定年月日 | 年 　月 　日 |
| 業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 品　　　　名 | | | 数　　　　量 | | |
|  | | |  | | |
| 報告の事由及びその  事由の発生年月日 | |  | | | |