

取扱課	経由機関名	経由第 号
薬務課長殿	茨城県 保健所 (衛生課扱)	年 月 日

覚-16

指定失効等に伴う覚醒剤原料譲渡報告書

指定失効等に伴う譲渡について、覚醒剤取締法第30条の15第2項の規定により、報告します。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 茨城県つくば市竹園〇〇〇

①報告義務者続柄 本人

①氏 名 茨城薬品株式会社
代表取締役 茨城 太郎

茨城県知事 殿

②指定の種類		覚醒剤原料取扱者		
指定証の番号		第〇〇-〇〇号	③指定年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
業 務 所	所在地	つくば市学園南〇〇〇		
	名 称	茨城薬品 つくば支店		
④品 名	数 量	譲 受 人 住 所 ・ 氏 名	法第14条第2項(第30条の7)による 区分及び業種名	指定証の 番 号
エフトリン 塩酸塩末	20g	つくば市竹園〇〇〇 茨城薬品株式会社 代表取締役 茨城太郎	覚醒剤原料 取扱者	第〇〇- 〇〇号
セキリン 塩酸塩錠 (FP錠)	15錠			
⑤ 報告の事由及びその 事由の発生日月日		廃業のため 〇〇年〇〇月〇〇日		

<記入上の注意>

- ①申請は、施設の開設者が行う。
- ②指定の種類を記入する。
- ③廃止した指定証の有効期間開始日を記入する。
- ④当該欄に記入できない場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付する。
- ⑤届出の理由を具体的に記入する。