|  |
| --- |
| 覚醒剤指定失効による譲渡報告 |
| 指定の種　類 |  | 指　定の番号 | 第　　　　　　　号 | 指　定年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 譲渡した覚醒剤の品名及び数量 |  品　　　名 |  数量 |  品　　　名 |  数量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  譲渡年月日 |  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 譲渡先 | 指定の番号 | 第 　　　　　　　　号 | 指定年月日 | 　年　　月　　　日 |
| 指定の 種 類 |  |
| 業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 氏名又は名称 |  |
|  譲渡の理由 |  |
| 　上記のとおり覚醒剤を譲渡したので報告します。　　 　　　　　　年　　月　　日 　 所在地 　　業務所 名　称 住　所 氏　名 　　　　　　 　 厚生労働大臣　大 阪 府 知 事　殿 |

 　　　　　　　覚取法２４条２項

１．留意事項

 (１)　報告期限　指定が効力を失った日から３０日以内

　(２)　報告義務者

 常務廃止届の報告義務者に同じ

２．提出部数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 知事指定 | 大臣指定 |
| 生活衛生室薬務課管内 |  １部 |  ３部 |
| 保　健　所　管　内 |  １部 |  ３部 |