|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |