**覚醒剤　　　　　　　指定証返納届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定証の番号 |  |  |  |  |  |  | 指　定  年月日 | 年　　月　　日 |
| 業務所 | 所在地 | |  | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | |
| 氏　　　　　名 | | |  | | | | | |
| 指定証返納の事由及びその年月日 | | | 指定期間満了のため　　　　　　　　　　　年１２月３１日 | | | | | |

　覚醒剤取締法第１０条第１項の規定により、指定証を返納します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　住　　　　所

　　　　　氏名又は名称

　大阪府知事　殿

覚取法１０条

１．留意事項

（１）届出期限　　事由が生じた日から１５日以内

　　　　　　有効期限満了の場合は、１月１５日まで

（２）覚醒剤関係の指定を受けた者がその指定の有効期間が満了し、再度指定申請をしている場合、又は指定を取り消された場合に提出すること。

　　　ただし、有効期間満了と同時に業務を廃止する場合は、業務廃止届を提出し、この返納届は不用です。

（３）届出義務者

　　　業務廃止届の報告義務者に同じ。

　　　１）覚醒剤製造業者　　　　　・・・事業主

　　　２）覚醒剤施用機関　　　　　・・・病院又は診療所の開設者

　　　３）覚醒剤研究者　　　　　　・・・研究者本人

　　　　　　＊死亡又は解散の場合は、その相続人又は相続人に代わって相続財産を管理する者又は精算人

２．添付書類

覚醒剤関係指定証

指定証を紛失した場合は紛失理由書が必要です。

３．提出部数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 大臣指定 | 知事指定 |
| 生活衛生室薬務課管内 | ３部 | １部 |
| 保健所管内 | ３部 | １部 |