

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

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				