

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 茨城県つくば市松代〇〇〇

①報告義務者続柄 本人

①氏 名 茨城 太郎

茨城県知事 殿

②指定の種類		覚醒剤研究者		
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	つくば市大穂〇〇〇		
	名 称	〇〇研究所		
④品 名		⑤数 量		
フェニルアミノプロパン硫酸塩末		20g		
フェニルメチルアミノプロパン塩酸塩末		10g		
⑥報告の事由及びその事由の発生年月日		研究を中止するため 〇〇年〇〇月〇〇日		

<記入上の注意>

- ①申請は、覚醒剤施用機関の開設者又は覚醒剤研究者であった者が行う。
- 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現在の在庫量と同じか確認する。
- ⑥届出の理由を具体的に記入する。