覚醒剤

覚醒剤原料

指定の失効等による所有 報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（厚生労働大臣、近畿厚生局長）様

　　　　　　　　　　　　　　報告者　住　所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務所  （研究所） | 所在地 | |  | | | |
| 名　称 | |  | | | |
| 指定を受けた業務の種類 | | | | 指定番号  第　　　号 | 指定の失効（業務の廃止）年月日  令和　　年　　月　　日 | |
| 覚醒剤  （覚醒剤原料） | | 品　　　名 | | | | 数　　　量 |
|  | | | |  |
| 報告理由 | | | | | | |
| 所有覚醒剤（覚醒剤原料）の処置 | | | | | | |