

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譲渡報告書

指定失効等に伴う譲渡について、覚醒剤取締法第24条第2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	譲住所・氏人名	法第14条第2項(第30条の7)による区分及び業種名	指定証の番号	
報告の事由及びその事由の発生年月日					