

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。

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	数 量	譲 所 受 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	
フェニルミノプロパ ン硫酸塩末	20g	つくば市吾妻〇〇〇	覚醒剤研究者	第〇〇- 〇〇号	
フェニルメチルア ミノプロパ ン塩酸塩末	15g	〇〇研究センター 筑波 次郎			
⑤ 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届出の理由を具体的に記入する。