|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  取 扱 課 薬 務 課 長 殿 |  　経　由　機　関　名 茨城県　　　　　保健所 　　　（衛生課扱） |  経由第　 号 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 |  |