

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
--------------	---------------------------	----------------

別記7様式

## 業務廃止等に伴う覚醒剤原料譲渡報告書

業務廃止等に伴う譲渡について、覚醒剤取締法第30条の15第2項の規定により、報告します。

①〇〇年〇〇月〇〇日

②住所 日立市〇〇町1-2-3

報告義務者続柄

②氏名 医療法人●●会

理事長 日立 一郎

茨城県知事 殿

③業 態		病院		
業 務 所	所在地	日立市〇〇町1-2-3		
	名 称	医療法人●●会 衛生課病院		
品 名	数 量	譲 受 氏 人 名 住 所 ・ 氏 名	③法第14条第2項(第30条の7)による 区分及び業種名	④指定証の 番 号
エフピー0D錠	100錠	土浦市××4-5-6 医療法人××会 (土浦市××4-5-6 医療法人××会 監視指 導課病院)	病院	
報告の事由及びその 事由の発生年月日		業務廃止のため 〇〇年××月××日 (譲渡日 〇〇年△△月△△日)		

<記入上の注意>

- ①窓口に届け出る日を記入する。
- ②施設の開設者が届け出る。個人の場合は、届出者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ③病院、診療所、飼育動物診療施設又は薬局の別を記載する。
- ④何も記入しない。