

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

覚-15

## 指定失効等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

指定失効等に伴う所有数量について、覚醒剤取締法第30条の15第1項の規定により、報告します。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 日立市〇〇町1-2-3

①報告義務者続柄 本人

①氏 名 茨城薬品株式会社  
代表取締役 茨城 太郎

茨城県知事 殿

②指定の種類		覚醒剤原料取扱者	
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	つくば市大角豆〇〇〇	
	名 称	茨城薬品 つくば支店	
④品 名		⑤数 量	
エフトリン塩酸塩末		20g	
セレギリン塩酸塩錠 (FPOD錠)		15錠	
⑥報告の事由及びその事由の発生年月日		廃業のため 〇〇年〇〇月〇〇日	

<記入上の注意>

- ❶申請は、施設の開設者、覚醒剤研究者又は覚醒剤原料研究者が行う。
- ❷指定の種類を記入する。
- ❸廃止した指定証の有効期間開始日を記入する。
- ❹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。
- ❺現在の在庫量と同じか確認する。
- ❻届出の理由を具体的に記入する。