

指定失効等に伴う覚醒剤所有数量報告書

指定失効等に伴う覚醒剤の所有数量について、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
届出義務者続柄
氏 名

印

秋田県知事 　　あて

指定の種類			
指定証の番号	第 号	指定年月日	年 月 日
業務所 又は 研究所	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			

備考

- 1 用紙の大きさは、A4としてください。
- 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書いてください。
- 3 法人の場合は住所の欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。
- 4 指定証の番号及び指定年月日欄並びに業務所又は研究所欄には、指定失効等前のものを記載してください。