

指定失効等に伴う覚醒剤譲渡報告書

指定失効等に伴う覚醒剤の譲渡について、覚醒剤取締法第 24 条第 2 項の規定により、報告します。

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		覚醒剤原料取扱者		
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	譲 受 人 住所・氏名	法第 30 条の 7 による区分及び 業種名	指定証の 番号
報告の事由及びその 事由の発生日				

備考

- 1 用紙の大きさは、A 4 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者欄には、指定失効等前のものを記載してください。