

覚 醒 剤  
指定失効に伴う 譲渡報告書  
覚 醒 剤 原 料

譲渡人	指 定 の 種 類							
	指 定 証 の 番 号	第	号	指 定 年 月 日	年	月	日	
	病院（診療所）、 研究所又は業務所	所 在 地						
		名 称						
	譲 渡 年 月 日	年 月 日						
譲受人	指 定 の 種 類							
	指 定 証 の 番 号	第	号	指 定 年 月 日	年	月	日	
	病院（診療所）、 研究所又は業務所	所 在 地						
		名 称						
氏 名								
	品 名	数 量						

上記のとおり、譲渡したので報告します。

年 月 日

住所

（届出義務者 続柄 ）

氏名

（記名押印又は署名）

福岡県知事

殿