

薬局を廃止した場合

様式第7号（第3条関係）

（日本産業規格A4）

覚 醒 剤
指定失効に伴う 覚 醒 剤 原 料 所有数量報告書

覚醒剤原料に○を付けてください。

病院、診療所、薬局など種別を記入してください。
指定証の番号、指定年月日は斜線を引いてください。

指定の種類	薬局（または病院、診療所）		
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	福岡市博多区～～	
	名称	県庁薬局	
品 名	数 量		
在庫なし			
届出の理由 及びその年月	薬局廃止のため 令和△年△月△△日		

在庫がある場合、その品目、数量を記載。
例：エフピーOD錠2.5mg 50錠

廃止のため、移転のため、開設法人変更のため
など具体的に理由を記入してください。

上記のとおり、報告します。

令和○年 ○月 ○日

在庫がある場合、業務廃止後 30 日以内に
廃棄又は譲渡の手続きを行うこと。
譲渡した場合、「指定失効に伴う覚醒剤
（原料）譲渡報告書」を提出すること。
廃棄する場合、「覚醒剤（原料）廃棄届」
を提出し、県職員立会いの下で廃棄。

住所 福岡県○○市○○1-2-3
（届出義務者 続柄 ）
氏名 株式会社県庁
代表取締役 福岡 太郎
（記名押印又は署名）

福岡県知事 殿

開設者の住所及び氏名を記載