

覚醒剤研究者が業務廃止した場合

様式第7号（第3条関係）

（日本産業規格A4）

指定失効に伴う
覚醒剤
覚醒剤原料
所有数量報告書

該当に○を付けてください。

覚醒剤研究者、覚醒剤原料取扱者など
種類を記入してください。
指定証に記載の指定証の番号、指定年
月日を記入してください。

指 定 の 種 類	覚醒剤研究者		
指 定 証 の 番 号	第 ● — ● 号	指 定 年 月 日	令和●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	〇〇研究所	
品 名	数 量		
在庫なし			
届 出 の 理 由 及 び そ の 年 月	異動のため 令和△年△月△△日		

在庫がある場合、その品名、数量を記載。品目が多い場合は、品名・数量欄を「別紙のとおり」と記載し、所有する覚醒剤等を一覧表で添付いただくことも可能です。

異動のため、研究終了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。

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。

令和○年 ○月 ○日

住所 福岡県〇〇市〇〇 1－2－3
（届出義務者 続柄 ）
氏名 福岡 太郎
（記名押印又は署名）

福岡県知事 殿

研究者の住所及び氏名を記載