

覚 醒 剤

指定失効に伴う

覚 醒 剤 原 料

譲渡報告書

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