

薬局を廃止し、別の薬局へ覚醒剤原料を譲渡した場合

様式第8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

覚醒剤原料に○を付けてください。

譲渡報告書

譲渡人	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					
	譲渡年月日	令和△年 △月 △日						
譲受人	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	県庁第二薬局					
		氏名	株式会社県庁第二 代表取締役 福岡 花子					
品名		数 量						
エフピーOD錠2.5mg		50錠						

上記のとおり、譲渡したので報告します。

令和○年 ○月 ○日

品目が複数ある場合は、品名・数量欄を「別紙のとおり」と記載し、譲渡する覚醒剤原料を一覧表で添付いただくことも可能です。

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