

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