

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  
譲渡報告書

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。

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 <del>号</del>	指定年月日	<del>年 月 日</del>
	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 <del>号</del>	指定年月日	<del>年 月 日</del>
	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			
エプピー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