

覚醒剤研究者が業務廃止し、別の覚醒剤研究者へ覚醒剤を譲渡した場合

様式第8号（第3条関係）

覚醒剤に○を付けてください。

指定失効に伴う **覚 醒 剤** 譲渡報告書
覚醒剤原料

譲渡人	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	○○研究所	
譲渡年月日	令和△年 △月 △日			
譲受人	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	○○研究所	
氏名		福岡 花子		
品名	数 量			
塩酸フェニルメチル アミノプロパン	3. 3 g			

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、譲渡する覚醒剤等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 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