

取扱課 薬務課長殿	経由機関名 茨城県保健所 (衛生課抜)	経由第 号 年 月 日
--------------	---------------------------	----------------

別記6様式

## 業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

業務廃止等に伴う覚醒剤原料の所有数量について、覚醒剤取締法第30条の15第1項の規定により、報告します。

① 〇〇年〇〇月〇〇日

② 住 所 日立市〇〇町1-2-3

報告義務者続柄

② 氏 名 医療法人●●会  
理事長 日立 一郎

茨城県知事 殿

③ 業 態		病院
業 務 所	所在地	日立市〇〇町1-2-3
	名 称	医療法人●●会 衛生課病院
品 名		数 量
エフピー0D錠		100錠
報告の事由及びその事由の発生日		業務廃止のため 〇〇年××月××日

<記入上の注意>

- ① 窓口へ届け出る日を記入する。
- ② 施設の開設者が届け出る。個人の場合は、届出者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ③ 病院、診療所、飼育動物診療施設又は薬局の別を記載する。