

(記載例)

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

↑ 提出日 (廃止日以降の日付)

住 所 鳥取市〇〇町〇〇番地

報告義務者続柄

氏 名 〇〇 〇〇

自署の場合、押印不要

(※) 法人の場合は住所の欄には主たる事務所の所在地を、  
氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載。

(※) 報告義務者続柄は、死亡等による廃止のみ記入ください

鳥取県知事 様

印

業 態		診療所 (※歯科の場合、「歯科診療所」)	
業務所	所在地	鳥取市〇〇町〇〇番地	
	名 称	〇〇クリニック	
品 名		数 量	
所有なし			
<u>(※) 所有がある場合は、鳥取市保健所保健医療課医薬事係へお問い合わせください。</u>			
届出の事由及びその事由の発生年月日		診療所廃止のため 廃止日：令和〇年〇月〇日	

備考

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 字は、墨又はインクを用い、楷書ではつきり書くこと。
- 法人の場合は住所の欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載すること。
- 業態欄には、業務廃止等前の業態（病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別）を記載すること。
- 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること。