(様式第45号)

**指定失効に伴う覚醒剤(覚醒剤原料)所有数量報告書**

年　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(届出義務者　続柄　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　覚醒剤取締法第24条第1項(第30条の15第1項)の規定により下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　 |
| 品名 | 数量 |
| 　 | 　 |
| 報告の事由及びその事由の発生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　　　　 |

　備考　1　法人の場合は、住所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してください。

　　　　2　研究者の場合は、研究所の所在地、研究所の名称及び研究者の氏名を記載してください。

　　　　3　この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。