

指定失効等に伴う覚醒剤譲渡報告書

指定失効等に伴う覚醒剤の譲渡について、覚醒剤取締法第24条第2項の規定により、報告します。

年 月 日

住 所
氏 名

千葉県知事 様

指定の種類					
指定証の番号		第 号	指定年月日	年 月 日	
業務所 (製造所 ・研究所)	所在地				
	名 称				
品 名	数量	譲 受 人 住所・氏名	法第14条 による区分 及び業種名	指定証 の番号	
報告の事由及びその 事由の発生年月日		年 月 日			

担当者名 _____
電話番号 _____