

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。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  
東京都町田市森野〇丁目〇番〇号  
7階705番

届出義務者続柄

氏 名（法人にあつては、名称）  
株式会社〇〇薬品  
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 様

|                                   |       |                       |  |
|-----------------------------------|-------|-----------------------|--|
| 業 態                               |       | 薬局                    |  |
| 業 務 所                             | 所 在 地 | 東京都町田市中町△丁目△番△号 2階    |  |
|                                   | 名 称   | 〇〇薬局                  |  |
| 品 名                               |       | 数 量                   |  |
| セレギリン塩酸塩錠2.5mg「〇〇〇」               |       | 10錠                   |  |
| 覚醒剤原料の在庫がない場合は「所有なし」と記載し提出してください。 |       |                       |  |
| 報 告 の 事 由 及 び そ の 事 由 の 発 生 年 月 日 |       | 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 薬局廃止による |  |

- 備 考
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
  - 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書くこと。
  - 3 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。
  - 4 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること。