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

報告義務者続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

鳥取県知事　　　　　　　　　　　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 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 品名 | 数　量 | 譲受人住所・氏名 | 法第14条第２項の区分及び業種名 | 指定証の番号 |
|  |  |  |  |  |
| 報告の事由及びその事由の発生年月日 |  |

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　指定証の番号及び指定年月日欄並びに業務所欄には、指定失効等前のものを記載すること。