様式第2号(第4条関係)

知事指定候補薬物販売等届出書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称並びに代表者の氏名及び住所)

電話番号

　知事指定候補薬物を販売(授与)したので、鳥取県薬物の濫用の防止に関する条例第12条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 販売し、又は授与した物の名称及び数量 | 名称 | 数量 |
|  |  |
| 販売し、又は授与した年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 販売し、又は授与した物の製造者及び製造場所 | 住所  氏名  電話番号 | |
| 販売し、又は授与した物の仕入先 | 住所  氏名  電話番号 | |
| 購入し、又は受領した者 | 住所  氏名  電話番号 | |
| 販売等の形態  ※該当するものを選択 | ア　店頭販売  イ　訪問販売  ウ　電話注文  エ　インターネット注文  　　(アドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　)  オ　その他  　　(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 販売し、又は授与した場所 | 住所  店舗名  電話番号 | |

注　本人確認書類を添付すること。