

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。

(届出日) 年 月 日

住 所
報告義務者続柄
氏 名

開設者の住所、氏名を記入してください。
開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名を記入してください。
なお、公的病院等の場合は、氏名欄は施設の長の職名・氏名の記載でも構いません。

佐賀県知事 様

業 態		病院 (薬局)	
業務所	所在地	佐賀市城内 1-x-x	
	名 称	医療法人佐賀会 県庁病院 (薬局)	
品 名		数 量	
エフピーOD錠 2.5mg		10錠	
報告の事由及びその事由の発生日		閉院 (閉局) のため 〇〇年〇〇月〇〇日	

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、楷書ではつきり書くこと。
- 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 業態欄には、業務廃止等前の業態 (病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局の別) を記載すること。
- 5 業務所欄には、業務廃止等前のものを記載すること。

この事務手続きに伴いお預かりした個人情報 は届出事務に利用し、第三者に提供しません。ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむを得ない場合などに提供や利用する場合があります。