

指定失効等に伴う覚醒剤処分願出書

指定失効等に伴う覚醒剤の処分について、覚醒剤取締法第24条第3項の規定により、願います。

年 月 日

住 所

報告義務者続柄

氏 名

長野県知事
保健所長 殿

指 定 の 種 類				
指 定 証 の 番 号		第 号	指 定 年 月 日	年 月 日
病院（診療所）又は研究所	所在地			
	名 称			
品 名		数 量		
届出の事由及びその事由の発生日				

(備考)

- 1 法人の場合は住所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。
- 2 指定証の番号及び指定年月日欄並びに病院（診療所）又は研究所欄には、指定失効等前のものを記載すること。