

- ・薬局を廃止した場合、15日以内に、所有する覚醒剤原料の品名、数量を「指定失効等報告書」により報告してください。
- ・なお、現に覚醒剤原料を所持していない場合にあっても報告する必要があります。
- ・30日以内に覚醒剤取扱者や他の病院、診療所、薬局等の開設者等に譲渡できますが、覚醒剤原料の品名、数量等を「指定失効等による譲渡報告書」により報告してください。
- ・また、譲受人からは「譲受け報告書」の報告が必要です。
- ・処分が必要な場合は速やかに「業務廃止等に伴う覚醒剤原料処分届出書」を提出してください。

第9号様式（第10条関係）

記載例

指定失効等報告書

届出を行う年月日
(業務廃止後15日以内に提出してください。)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事 様

報告者

住 所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押印してください。

氏 名

(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

株式会社 県庁調剤薬局
代表取締役 県庁 太郎 印

電話番号

088-8xx-0000

報告義務者との続柄

指定の失効等に伴い、所有し、又は保持する覚醒剤原料の数量について、覚醒剤取締

第24条第1項
第30条の15第1項の規定により次のとおり報告します。

覚醒剤原料の場合、
薬局は記載する
必要はありません。

指定の種類	指定番号	第 号	指定年月日	年 月 日
品 名	数 量			
エフピーOD錠2.5	50錠			
現に覚醒剤原料を所有していない場合は、 <u>「在庫なし」と記載してください。</u>				
指定の失効の事由及びその事由の発生日	令和〇〇年△△月△△日に薬局を廃止したため。			

注 「報告義務者との続柄」欄は、覚醒剤取締法第24条第4項（同法第30条の15第4項において準用する場合を含む。）に該当するときに、当該覚醒剤施用機関の開設者であった者、覚醒剤研究者であった者、覚醒剤原料取扱者であった者又は覚醒剤原料研究者であった者との続柄を記載してください。