

- ・病院、診療所を廃止した場合、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11号様式（第10条関係）

記載例

譲 受 け 報 告 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事 様

開設者の届出

報告者 住 所 高知市大橋通△丁目△番△号
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

届出者が法人の場合は、氏名欄には、その名称及び代表者の氏名を記載し、登記された印鑑を押印してください。

氏 名 土佐 梅子 ⑩
〔法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名〕
 電話番号 088-8〇〇-××××

覚醒剤 覚醒剤原料 を譲り受けましたので、高知県覚醒剤取締法施行細則第10条第2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、病院・診療所は記載不要です。

| | | | | | |
|----------|------------------------|-------------|---------------|-------|-------|
| 譲受人 | 指定の種類 | 指定番号 | 第 号 | 指定年月日 | 年 月 日 |
| | 覚醒剤施用機関、研究所又は業務所 | 所在地 | 高知市大橋通△丁目△番△号 | | |
| 譲り受けた覚醒剤 | 品 名 | 数 量 | 製造番号 | | |
| | エフピーOD錠2.5 | 20錠 | 〇〇〇〇〇〇 | | |
| 譲受け年月日 | | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | |
| 譲渡人 | 指定の種類 | 指定番号 | 第 号 | 指定年月日 | 年 月 日 |
| | 覚醒剤施用機関、研究所又は業務所 | 所在地 | 高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号 | | |
| | 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） | 名称 | 〇〇診療所 | | |
| | 氏名（法人にあつては、名称） | 高知 桜子 | | | |

譲受した日

開設者住所氏名