

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。

〇〇年 〇月 〇日

申請日を窓口で記入してください。

住 所 東京都〇〇区▲▲ □丁目□番□号

報告義務者続柄

氏 名 株式会社 〇〇薬局

代表取締役 〇〇〇〇

豊島区池袋保健所長

業 態		薬 局	
業務所	所在地	豊島区〇〇 □丁目□番□号 ××ビル×階	
	名 称	〇 〇 薬局	
品 名		数 量	
エフピーOD錠 (2.5mg)		30錠	
		※ 在庫がない場合には、「在庫なし」と記入して下さい。	
報告の事由及びその 事由の発生日	□年 □月 □日 廃止のため		

許可証のとおり記入して下さい。

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。