

覚 醒 剤
指定失効に伴う 覚 醒 剤 原 料 所有数量報告書

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）、 研 究 所 又 は 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
品 名		数 量	
届 出 の 理 由 及 び そ の 年 月 日			

上記のとおり、報告します。

年 月 日

住所
（届出義務者 続柄 ）
氏名
（記名押印又は署名）

福岡県知事 殿