

- ・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10号様式（第10条関係）

記載例

指定失効等による譲渡報告書

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 高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号
〔法人にあっては、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。
（ただし、国の開設する病院又は診療所にあつてはその管理者の氏名を、国の開設する飼育動物診療施設にあつては開設者の指定する職員の氏名を記載。）

氏 名 高知 桜子 印
〔法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名〕
 電話番号 088-8xx-〇〇〇〇
 報告義務者との続柄

覚醒剤取締法第24条第2項第30条の15第2項の規定により覚醒剤を譲り渡しましたので、次の覚醒剤原料の場合、病院・診療所は記載不要です。
 とおり報告します。

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		
譲渡した覚醒剤	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 渡 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日			
指定の失効の事由及びその事由の発生日		令和〇〇年〇〇月〇〇日に診療所を廃止したため。			
譲受人	指定の種類	指 定	覚醒剤原料の場合、病院・診療所は記載不要です。		
	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		
	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	名 称	△△診療所		
	氏名（法人にあっては、名称）	高知市大橋通△丁目△番△号			
		土佐 梅子			

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。

開設者住所氏名