**指定失効等に伴う覚醒剤処分願出書**

指定失効等に伴う覚醒剤の処分について、覚醒剤取締法第24条第３項の規定により、願い出ます。

年　　　月　　　日

住　所

報告義務者続柄

氏　名

長野県知事

保健所長　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 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）又は研究所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 品名 | 数量 |
|  |  |
| 届出の事由及びその事由の発生年月日 |  |

（備考）

１　法人の場合は住所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。

２　指定証の番号及び指定年月日欄並びに病院（診療所）又は研究所欄には、指定失効等前のものを記載すること。