

薬局廃止の場合の記載例

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。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 **新潟市〇〇区△△☆丁目△〇番地**

報告義務者続柄

氏 名 **株式会社〇〇薬局**
代表取締役 〇〇 △△

新潟県知事 **花角 英世** 様

業 態		薬 局	
業務所	所在地	新潟市〇〇区△△〇丁目〇〇番地	
	名 称	〇〇薬局	
品 名		数 量	
エフピーOD錠2.5 ※薬局廃止時に所有する覚せい剤原料がない場合は「該当なし」と記入)		100錠	
報告の事由及び その事由の発生年月日		薬局廃止のため 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	

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。