

# 業務廃止等に伴う 覚醒剤原料所有数量報告書

※引き続き管轄の保健所(部)でも  
書面による申請を受け付けています。

## 業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書

大分県の「業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書」のネット申請ページです。

### 業務廃止等に伴う覚醒剤原料所有数量報告書とは

業務所を廃止・移転した場合等に届け出る必要があります。（所有がなくても報告の必要があります。）

[ログインして申請に進む](#)

1. ログインをして申請を実施してください。

※アカウントをお持ちでない場合は、  
アカウントの作成から始まります。

# 申請者の情報

## 申請者の種別

個人

開設者が法人か、個人かを確認してください。

法人

※個人の場合は、個人の名前、住所を入力

🔍 法人を検索して自動入力する

法人名（届出義務者が法人の解散等で届出できない場合は、代わりに届け出る者の続柄も記載）

例) 株式会社〇〇 医療法人◇◇

法人の所在地（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

法人の主たる事務所の所在地を入力

法人代表者の役職名及び法人代表者の氏名

例) 代表取締役、理事長 〇〇 □◇

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

## 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。

年 月 日

住所  
報告義務者続柄  
氏名

大分県知事

業 態	
業務所	所在地
	名 称
品 名	
数 量	
報告の事由及びその事由の発生年月日	

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。

# 内容

業態

病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局

業務所の住所

【業態】で入力した施設の住所

業務所の名称

【業態】で入力した業務所の名称

薬局◇店

## 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。

年 月 日

住 所  
報告義務者続柄  
氏 名

大 分 県 知 事 殿

業 態			
業務所	所在地		
	名 称		
品 名		数 量	
報告の事由及びその事由の発生年月日			

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。

## 所有なしの場合

### 覚醒剤原料の所有について

「所有なし」又は「所有あり」を選択してください。  
「所有なし」の場合は【報告の事由】から記入してください。

### 品名及び数量（所有ありの場合のみ） 任意

「所有あり」を選択した場合は必須です

**所有なしの場合**

### 報告の事由

例) 病院・薬局を廃止・移転した等

### その事由の発生年月日

年/月/日

例) 病院を廃止した日等を選択

### 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。

年 月 日

住 所  
報告義務者続柄  
氏 名

大 分 県 知 事 殿

業 態		
業 務 所	所 在 地	
	名 称	
品 名	数 量	
報告の事由及びその事由の発生年月日		


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。

## 所有ありの場合

### 覚醒剤原料の所有について

「所有なし」を選択した場合は、「報告してください。」

所有あり 

### 品名及び数量（所有ありの場合のみ） 任意

「所有あり」を選択した場合は必須です

#### 品名及び数量（所有ありの場合のみ） 1

##### 品名

△△OD錠10mg

##### 数量

100錠

所有あり。

帳簿等を確認し、所持している覚醒剤原料を全て記載してください。

所有がある場合は、譲渡又は廃棄が必要になりますのでご注意ください。  
※対応がわからない場合は、管轄の保健所(部)、大分市については薬務室にご連絡ください。

追加する

あと9件まで追

こちらをクリックすると、同様の項目が出てきます。  
10件の入力が可能です。

### 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。

年 月 日

住 所  
報告義務者続柄  
氏 名

大 分 県 知 事 殿

業 態			
業務所	所在地		
	名 称		
品 名		数 量	
報告の事由及びその事由の発生年月日			

#### 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。

報告の事由

例) 病院・薬局を廃止・移転した等を入力してください。

転のため等。

その事由の発生年月日

例) 病院・薬局を廃止した日等を選択。

添付資料 任意

添付資料がある場合は添付してください。

10品目以上ある場合などは添付してください。

一時保存して、次へ進む

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。

年 月 日

住 所  
報告義務者続柄  
氏 名

大 分 県 知 事 殿

業 態			
業務所	所在地		
	名 称		
品 名		数 量	
報告の事由及びその事由の発生年月日			

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。

## 内容

業態

[編集する](#)

病院

業務所の住所

[編集する](#)

大分市

業務所の名称

[編集する](#)

薬務室病院

覚醒剤原料の所有について

[編集する](#)

所有なし

品名及び数量（所有ありの場合のみ） 任意

[追加する](#)

報告の事由

[編集する](#)

病院の廃止

その事由の発生年月日

[編集する](#)

2022/03/03

1. 最後に、今まで入力した内容が出ますので、間違いがないか確認をしてください。

2. 間違いが無ければ、「この内容で申請する」をクリックしてください。

申請は終了です。

※業務廃止等に伴う覚醒剤原料譲渡報告書、覚醒剤原料廃棄届を提出する場合は、併せて申請が必要です。

**この内容で申請する**