**報　告　書**

令和　　年　　月　　日

地方厚生（支）局麻薬取締部（支所）長　　殿

検査機関名

所　在　地

役　　　職　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　）

氏　　　名

　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳）

以下物件について、検査の結果、麻薬である蓋然性が高いと判明したことから、所有権を放棄し、提出いたします。

|  |
| --- |
| 提　　　出　　　物　　　件 |
| 番　号 | 製　品　名 | 数　量 | 製品区分 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※物件の成分分析表、写真等は添付のとおり。

　また、上記物件は以下の事業者から、検査依頼を受けましたので情報提供します。

　依頼受諾日：

　物件受領日：

　事業者名：

　事業者所在地：

　事業者連絡先：

　その他参考事項：

□事業者が、事業者の所在地を管轄する麻薬取締部へ連絡済みであることを把握している場合はチェックしてください。