別記第二号様式(二)（第三条関係）

覚せい剤施用機関指定証

指定番号　　号

住　所

氏　名

病院（診療所）の所在地

病院（診療所）の名称

覚せい剤取締法第３条第１項の規定により覚せい剤施用機関として指定したことを証明する。

年　　月　　日

都道府県知事　　㊞