店舗の名称：

1. 医薬品その他の取扱い

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗において販売・授与する医薬品の区分  （該当医薬品を丸で囲む） | ・要指導医薬品 ・第１類医薬品  ・指定第２類医薬品 ・第２類医薬品  ・第３類医薬品 |
| 兼営業種の種類 |  |

○注意

　兼営業種の種類は，薬事に関する事業（例：特定管理医療機器販売（貸与）業，高度管理医療機器等販売（貸与）業，一般医療機器販売（貸与）業，医薬部外品，化粧品等）を記載し，無い場合は「なし」と記載すること。

2. 特定販売の概要　＊特定販売を行う場合は，下記の項目に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)使用する通信手段 | | 広告 ・ 電話 ・ カタログ ・ インターネット  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (2)特定販売を行う医薬品の区分  （該当医薬品を丸で囲む） | | ・第１類医薬品　 ・指定第２類医薬品  ・第２類医薬品　 ・第３類医薬品 |
| (3)店舗の営業時間等 | 店舗の営業時間 |  |
| 特定販売を行う時間 |  |
| 特定販売のみを行う時間 |  |
| (4)特定販売を行うことについての広告に、許可申請書  に記載する店舗の名称と異なる名称を表示するときの名称 | |  |
| (5)インターネ ットにより  広告する場合 | 主たるホームページ  アドレス |  |
| パスワード |  |
| 主たるホームページ  の構成の概要 | （資料を添付すること） |
| (6)カタログ等により広告する場合はその概要 | | （資料を添付すること） |
| (7)営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は市長又は厚生労働大臣が  適正な監督を行うために必要な設備 | | 画像又は映像をリアルタ  イムで電送できる設備　：  固定電話番号： |

○注意

ア　営業時間等は、営業日によって時間が異なる場合は、その曜日毎の時間を記載すること。

イ　パスワードは、閲覧するためにパスワードが必要な場合に記載すること。

ウ　上記（7）の設備は，店舗に備付けのものを記載すること。

エ　営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は、別添「体制確認シート」及び「資格者一覧」に必要事項を記載の上、添付すること。