

【店舗の業務内容】

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要指導医薬品 ・ 指定第2類医薬品 ・ 第3類医薬品 ・ 第1類医薬品 ・ 第2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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。