

店舗の 管理者	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間数				
	種別	薬剤師		登録販売者	
	登録番号	第 号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
店舗の 勤務者	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間数				
	種別	薬剤師		登録販売者	
	登録番号	第 号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間数				
	種別	薬剤師		登録販売者	
	登録番号	第 号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間数				
	種別	薬剤師		登録販売者	
	登録番号	第 号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	兼営事業の種類				
	※店舗で取扱う要指導医薬品、第一類医薬品の有無及びその他の一般用医薬品の区分を丸で囲むこと。				
	要指導医薬品の取扱いの有無		有 無		
第一類医薬品の取扱いの有無		有 無			
その他の一般用医薬品の取扱い区分		指定第二類医薬品	第二類医薬品	第三類医薬品	
備考					

※ 特定販売を行う場合は、裏面も記載すること。

※ 複数のホームページがある場合は、すべてのホームページの情報を記載すること。

特 定 販 売	特定販売を行う医薬品の区分		イ 第一類医薬品 ハ 第二類医薬品	□ 指定第二類医薬品 ニ 第三類医薬品
	広告に表示する名称 (薬局の正式名称と異なる場合)			
	使用する通信手段			
	主たるホームページアドレス (インターネット広告を行う場合)			
	主たるホームページの構成概要 (インターネット広告を行う場合)		別紙のとおり	
	(1)	特定販売を行う時間		
	(2)	特定販売のみを行う時間がある場合その時間		
(3)	特定販売を監督するために必要な設備の概要 【(2)がある場合】			
備	考			