

特定販売に関する事項

年 月 日

薬局 店舗販売業

(該当する□にレ(又は■)してください。以下同じ。)

薬局(店舗)の名称: _____

薬局(店舗)の所在地: _____

開設者氏名: _____

1 特定販売を行う際に使用する通信手段

(1) 特定販売の種類: ネット販売 電話 カタログ販売 その他(_____)

(2) 通信手段: インターネット 電話 郵便 その他(_____)

2 特定販売を行う医薬品の区分

要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。) 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

薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬であるものを除く。)

指定濫用防止医薬品の取扱いの有無 (無・有)

3 特定販売の広告に正式名称(許可証記載の店舗名称)と異なる名称を表示する場合はその名称

・無・有(_____)

4 主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要

(1) 「トップページ」や「メインページ」のアドレス

・ _____

・ _____

パスワード(無・有: _____)

(2) ホームページを開設せず、アプリケーションソフト等を利用して特定販売を行う場合には、当該ソフト等の入手方法等に関する資料 (添付 無・有)

(3) ホームページ、カタログ等を用いる場合には、以下の情報に関するイメージ等の書類を添付すること (添付 無・有)

①販売する医薬品のホームページ等への表示例

②薬局(店舗)の管理及び運営に関する事項

③薬局製造販売医薬品、要指導医薬品、一般用医薬品及び指定濫用防止医薬品の販売に関する制度に関する事項

④薬局(店舗)の主要な外観の写真

⑤薬局製造販売医薬品、要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は一般用医薬品の陳列の状況を示す写真

⑥現在勤務している薬剤師又は登録販売者の別及びその氏名

⑦開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合は、その開店時間及び特定販売を行う時間

⑧特定販売を行う薬局製造販売医薬品、要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は一般用医薬品の使用期限

5 特定販売のみを行う時間がある場合は適切な監督に必要な設備の概要

(開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がない場合、この欄の記載は不要)

・必須: デジカメ+電子メールを送信するためのパソコン+電話 (無・有)

・その他: _____

6 要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は指定濫用防止医薬品を取り扱う際に使用する映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話することが可能な方法

ビデオ通話(汎用ソフトウェア・アプリケーションを用いるもの)

ソフトウェア・アプリケーション名: _____

ビデオ通話(自ら開発又は委託開発による専用ソフトウェア・アプリケーションを用いるもの)

7 要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は指定濫用防止医薬品の特定販売を行う場合は、使用するビデオ通話システムに関し、オンライン服薬指導に係る情報の漏えい等の危険に関する事項が分かる資料 (添付 無・有)

8 特定販売を行う時間・営業時間のうち特定販売のみを行う時間

	①開店時間(実店舗が来訪者を受け入れている時間) ②特定販売を行う時間(資格者による情報提供又は指導を行う体制を整えていること) ③営業時間のうち特定販売のみを行う時間	開店時間数(時間) 例 1時間30分⇒1.5	深夜以外の開店時間数(時間)
月	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
火	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
水	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
木	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
金	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
土	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
日	①: ~ : ②: ~ : ③: ~ :		
合計		A (≥30)	B (≥15)

・ 週当たりの開店時間は30時間以上であること(表のA)

・ 週当たりの深夜(22:00~翌5:00)以外の開店時間が15時間以上であること(表のB)

9 備考