

特定販売関係事項を記載した書類：＜記載例１＞

法第４条第３項第４号ロ、第９条の４、省令第１条第４項、第１５条の１４ 関係

1	使用する通信手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 郵便 <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> その他< >	①
2	医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第１類 <input type="checkbox"/> 指定第２類 <input checked="" type="checkbox"/> 第２類 <input checked="" type="checkbox"/> 第３類 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（薬局のみ）	②
3	特定販売を行う時間	月～金 １０時～１９時、土 １０時～１４時	③
4	3のうち実店舗が閉鎖している時間（特定販売のみを行う時間です）	<input type="checkbox"/> 有：店舗終了後から 時まで <input checked="" type="checkbox"/> 無	④
5	広告の方法	<input checked="" type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他< >	⑤
6	広告で使用する薬局、店舗の名称（申請書に記載した名称と同一か否か）	<input type="checkbox"/> 同じ <input checked="" type="checkbox"/> 異なる名称 ・ キラキラドラッグ ・ ・	⑥
7	インターネットを利用した広告をする場合	主たるホームページアドレス、パスワード（必要な場合） ・ abc@defg.lg.jp <パスワード：.....> ・ <パスワード：.....> ・ <パスワード：.....> 構成概要を確認できる次の紙媒体を添付すること (ア) 店舗名称の表示ページ (イ) 医薬品の表示ページ (ウ) 掲示事項の表示ページ	⑦
8	4が有の場合は必要な設備の概要	・ 電話<番号：.....> ・ 電子メール<アドレス：.....> ・ デジタルカメラ ・ デジタルカメラの撮影画像を電子メールに添付する設備（ケーブルなど）	⑧
備考	・ 営業時間外（実店舗の開店時間と特定販売を行う時間以外）の医薬品注文受付時間 <input checked="" type="checkbox"/> 有 < 営業時間外の365日24時間 > <input type="checkbox"/> 無		⑨
	・ 通信手段の設置場所 <input type="checkbox"/> < > <input checked="" type="checkbox"/> 別添の図面に記載		⑩

特定販売関係事項を記載した書類<記載例2>

法第4条第3項第4号ロ、第9条の4、省令第1条第4項、第15条の14 関係

1	使用する通信手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> その他< >	⑪
2	医薬品の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第1類 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（薬局のみ）	⑫
3	特定販売を行う時間	<input type="checkbox"/> 時～ 時 <input checked="" type="checkbox"/> 開局（店）時間と同じ	⑬
4	3のうち実店舗が閉鎖している時間（特定販売のみを行う時間です）	<input type="checkbox"/> 有： <input checked="" type="checkbox"/> 無	⑭
5	広告の方法	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> インターネット <input checked="" type="checkbox"/> その他< なし	⑮
6	広告で使用する薬局、店舗の名称（申請書に記載した名称と同一か否か）	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる名称 ・ ・ ・	⑯
7	インターネットを利用した広告をする場合	主たるホームページアドレス、パスワード（必要な場合） ・ <パスワード：> ・ <パスワード：> ・ <パスワード：> 構成概要を確認できる次の紙媒体を添付すること (エ) 店舗名称の表示ページ (オ) 医薬品の表示ページ (カ) 掲示事項の表示ページ	⑰
8	4が有の場合は必要な設備の概要	・ 電話<番号：> ・ 電子メール<アドレス：> ・ デジタルカメラ ・ デジタルカメラの撮影画像を電子メールに添付する設備（ケーブルなど）	⑱
備考	・ 営業時間外（実店舗の開店時間と特定販売を行う時間以外）の医薬品注文受付時間 <input type="checkbox"/> 有 < > <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 通信手段の設置場所 <input checked="" type="checkbox"/> < 情報提供カウンター右端に設置した電話、ファックス > <input type="checkbox"/> 別添の図面に記載		⑲ ⑳