**医薬品の販売体制**

≪販売又は授与する医薬品の区分≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 薬局、店舗において  販売又は授与する医薬品 | 特定販売を行う医薬品 |
| 薬局医薬品（薬局製造販売医薬品を除く。） | 有　・　無 |  |
| 薬局製造販売医薬品 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 要指導医薬品 | 有　・　無 |  |
| 第１類医薬品 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 指定第２類医薬品 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 第２類医薬品（指定第２類医薬品を除く。） | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 第３類医薬品 | 有　・　無 | 有　・　無 |

※　「有・無」については該当するものに○を付すこと。

≪特定販売に関する事項≫

|  |  |
| --- | --- |
| 特定販売を行う際に使用する通信手段 | 〔該当するものに◯を付すこと〕  １．インターネット　　２．カタログ　　３．電話  ４．その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 特定販売を行う時間 |  |
| 特定販売のみを行う時間  ※該当する時間がある場合 |  |
| 特定販売の広告における店舗の名称  ※正式名称（申請名称）と異なる場合 |  |
| 特定販売の広告にインターネットを利用する場合の主たるホームページアドレス  （閲覧するために必要なパスワード等） | （パスワード等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特定販売の広告にインターネットを利用する場合の主たるホームページの構成の概要  ※カタログ等を用いて特定販売を行う場合も、  同様にその概要が分かる資料を提出すること。 | 概要は別添のとおり |
| 保健所等による監督に必要な設備の概要  （画像等を求めに応じて直ちに電送可能な設備）  ※営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合 | 〔該当するものに◯を付すこと〕  １．デジタルカメラ（通信等機能付きのものでも可）  　　　有　・　無  ２．画像を送る設備  　　パソコン　・　スマートフォン　・　携帯電話  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  〔次の事項を記入すること〕  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：  電話： |