

○特定販売に関する情報

特定販売について(実施の有無) 該当に○
実施

1) 広告に、薬局(店舗)名称と異なる名称を表示する場合の名称
 名称()

2) 販売方法や購入等を行う者との間の通信手段 該当に○
 インターネット(アドレス)

※ホームページの概要等を添付
 電話(連絡先)

カタログ)
 ※カタログを参考添付
 その他()

3) 取扱う医薬品の区分 該当に○

| | | |
|----------------------------|---------------------|--|
| | 薬局製造販売医薬品 | |
| 一 般 用 医 薬 品 | 第一類医薬品 | |
| | 指定第二类医薬品 | |
| | 第二类医薬品(指定第二类医薬品を除く) | |
| | 第三類医薬品 | |

4) 特定販売の実施に関し、適切な監督を行うために必要な設備の概要
 具体的に()

5) 特定販売のみを行う時間がある場合
 ・営業日及び営業時間 具体的に()
 ・特定販売のみを行う時間 時間/週

6) 備考(参考で提出してください)
 ・特定販売の広告で表示する情報等を添付(広告がない施設は、店舗の掲示事項を添付)