

別紙 特定販売に関する事項

特定販売実施の有無		有	無
特定販売を行う医薬品の区分		<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品	
特定販売の広告名称		(薬局等の正式名称と異なる場合に記載すること。)	
特定販売を行う時間			
特定販売のみを行う時間			
特定販売を監督するために必要な設備の概要		(特定販売のみを行う時間がある場合に記載すること。)	
使用する通信手段		<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ()	
インターネットを利用する場合	ホームページアドレス	(複数のホームページを開設している場合は、全て記載すること。)	
	ホームページの構成概要	別紙のとおり	