業務を行う体制及び状況（店舗販売業更新）

1　勤務する従事者

・管理者

氏名	住所	資格	週当たり 勤務時間数
		□薬剤師 □登録販売者	時間

・その他薬剤師又は登録販売者（書ききれない場合は別紙）

氏名	資格	週当たり勤務時間数	氏名	資格	週当たり勤務時間数
	□薬剤師 □登録販売者	時間		□薬剤師 □登録販売者	時間
	□薬剤師 □登録販売者	時間		□薬剤師 □登録販売者	時間
	□薬剤師 □登録販売者	時間		□薬剤師 □登録販売者	時間

2　業務を行う体制

店舗において取り扱う医薬品の区分	□要指導医薬品　□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
通常の営業日及び営業時間	
医薬品を販売する時間	時間（／週）
要指導医薬品又は第１類医薬品を販売する時間	時間（／週）
要指導医薬品を販売する時間	時間（／週）
第１類医薬品を販売する時間	時間（／週）

3　特定販売の状況

特定販売の有無	□あり　□なし　※ありの場合、以下を記入
使用する通信手段	□インターネット　□電話　□カタログ □その他（　　）
特定販売を行う医薬品の区分	□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
特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合の時間	特定販売のみを行う時間が　□ある　□ない 時間：