○○薬局の管理及び運営に関する事項

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可の区分の別 | 薬　局 | | 開設者 | 株式会社□□　代表取締役　○○　○○ | | |
| 薬局の名称・許可番号・許可年月日・所在地・有効期間 | | | それぞれ記載又は薬局開設許可証（別掲）を参照 | | | |
| 管理薬剤師氏名 | 〇〇　〇〇 | | | | | |
| 勤務する薬剤師名及び担当業務 | 〇〇　〇〇　（調剤，医薬品販売，情報提供，相談，在庫管理）  　　　　　　　※在宅専門等あればその旨も記載する | | | | | |
| 勤務する登録販売者名及び担 当業務 | △△　△△ （第二類・第三類医薬品販売・情報提供・相談） | | | | | |
| 取り扱う要指導医薬品及び  一般用医薬品の区分 | 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 | | | | | |
| 当薬局勤務者の区別について | 薬剤師　　　　　　名札に氏名及び「薬剤師」と記載、白色の白衣着用  登録販売者　　　　名札に氏名及び「登録販売者」と記載、ピンク色の白衣着用  　　　　　　　　　（従事した期間が2年未満の者は名札に「研修中」と記載）  その他の勤務者　　名札に氏名を記載、水色の白衣着用 | | | | | |
| 営業時間 | 月～金  土 | 8時30分～18時00分  8時30分～13時00分 | | | 営業時間外の  相談対応時間 | 24時間対応 |
| 営業時間外で医薬品の購入又は譲受けの申込みを受理する時間 | なし | | | | | |
| 相談時・緊急時の連絡先 | ○○○―○○○―○○○○（時間外・休日・夜間転送） | | | | | |