

薬剤師不在時の電話・情報通信機器を用いた一般用抗原定性検査キットの販売届

業 務 の 種 別	店舗販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		
店 舗	名 称	
	所 在 地	
薬 剤 師 不 在 時 の 電話・情報通信機器を用いた一般用 抗原定性検査キットの販売の有無	有 ・ 無	
通 信 手 段		
販 売 を 行 う 医 薬 品 の 区 分	第1類医薬品（新型コロナウイルス抗原定性検査キット）	
営 業 時 間 の うち 薬 剤 師 不 在 時 に 電 話 ・ 情 報 通 信 機 器 を 用 い て 販 売 す る 時 間		
電 話 番 号		
メ ー ル ア ド レ ス		
開 始、終 了 又 は 変 更 の 年 月 日		
備 考		

上記により、時限的・特例的対応として、薬剤師不在時に電話・情報通信機器を用いた新型コロナウイルスの一般用抗原定性検査キットの販売に係る届出をします。

なお、販売に当たっては、令和4年12月27日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部及び医薬・生活衛生局総務課事務連絡「新型コロナウイルス感染症・季節性インフルエンザ同時期流行下における新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売対応の強化について」を遵守します。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

静岡県 保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 電話・情報通信機器を用いた販売をやめる場合は、薬剤師不在時の電話・情報通信機器を用いた一般用抗原定性検査キットの販売の有無の欄に「無」を記載し、開始、終了又は変更の年月日の欄に終了年月日を記載すること。
- 4 店舗の名称若しくは所在地、通信手段、販売する時間、電話番号又はメールアドレスに変更があった場合は、業務の種別、許可番号及び年月日並びに変更のあった事項の欄のみ記載し、備考の欄に変更である旨を記載すること。