

【2018年度全国実力薬局100選「漢方・相談薬局部門」エントリーシート】

※こちらのシートは下書き用としてご利用ください。

※FAXエントリーは受け付けていません。

1.基本情報<WEB掲載>

【 薬 局 名 】

【 代 表 者 名 】ご役職 お名前

【 所 在 地 】〒 ー

【 電 話 番 号 】 【 F A X 番 号 】

【 E m a i l 】

【 E m a i l 掲 載 可 否 】 可 否

【 U R L 】

【 受 賞 形 態 】 新規 継続

【 店 舗 数 】 【 設 立 日 】

【 営 業 時 間 】 【 定 休 日 】

【電話相談の有無】 あり なし

ご担当者様 <今後、受賞などのご連絡はご担当者様へ送付させていただきます>

【ご担当者名】 【 電 話 番 号 】

【 E m a i l 】

※患者様のご紹介・お知らせなど一斉送信させていただいております。必ず確認できるメールアドレスをご記入ください。尚、フェイスブックのみの場合はお知らせはお送り致しませんのでご了承ください。

2.経営理念（推奨文字数：400～800文字）

3.実績（調剤は含まずサプリメント、コスメ(両者とも医薬品含)における実績をご記入ください。月によってばらつきがある場合は平均値をご記入ください。）

①年間総売上(直近決算売上高をご記入ください。)	円
②決算月	月
③月間平均総顧客数	人
④月間客単価(1人のお客様が1カ月間で購入する合計金額)	円
⑤サプリメント、コスメ(両者とも医薬品含)の物販売上比率	%
⑥薬局(スタッフ個人も含む)が発行した書籍はありますか？	ある(書籍名:) ない

4. 薬局について

① 活動内容(セミナーや健康教室などの活動をしていますか?あれば、具体的な活動内容をご記入ください。200字以上でお書きください)

② どのような薬局でしょうか?(200字以上でお書きください)

③ 相談の多い症状上位10症例は何ですか? 症状名と全体の相談における割合をご記入ください。	①	%
	②	%
	③	%
	④	%
	⑤	%

④ 貴店が得意とするタイプがあれば教えてください。(例;主な症状・症状レベル・併発症状・年齢・性別など)

⑤ 実際に貴店への依頼方法や流れを教えてください。	<input type="checkbox"/> 電話などによる遠隔相談可能(全国)
	<input type="checkbox"/> 初回(または必要時)のみ来店必要
	<input type="checkbox"/> 毎回来店必須

⑥ カウンセリング出来るスタッフの人数

⑦ 概算の費用目安について教えてください

⑧ お客様へのメッセージをお願いいたします。

5. 対応エリア

地域密着 全国展開

※全国展開と答えた薬局さまは、対応方法としてあてはまるものにチェックをつけてください。

電話 メール 通販 その他()

6. プロモーション 現在実施している集客活動にチェックを付けて下さい。

<紙メディア> 折込チラシ 新聞本誌 タウン誌 その他()

<webメディア> リスティング広告 SEO その他()

7. 推薦者名(薬局名とお名前、電話番号)

① , ② , ③ ,

アンケート 今後の全国実力薬局100選運営向上の為、ご協力お願いします。

受賞した場合、この100選をどのように活用したいと思いますか。