

【2019 年度全国実力薬局 100 選「アトピー部門」エントリーシート】

※こちらのシートは下書き用としてご活用ください。

※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 】 〒	—
【 電 話 番 号 】	【 F A X 番 号 】
【 E m a i l 】	
【 E m a i l 掲 載 可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 】	
【 U R L 】	
【 受 賞 形 態 】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	
【 店 舗 数 】	【 設 立 日 】
【 営 業 時 間 】	【 定 休 日 】
【 電 話 相 談 の 有 無 】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 (アトピー相談における実績をご記入ください。貴店の指導方針に従ったお客様 (患者様) の中での成功件数。)

①年間総売上 (直近決算売上高をご記入ください。)	円
---------------------------	---

②アトピー相談における年間売上（直近決算売上高をご記入ください。）	
③決算月	月
④月間平均顧客数	人
⑤月間客単価（1人のお客様が1カ月に購入する合計金額）	円
⑥年間改善割合（※）	%
⑦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

※ここでの改善とは、貴店の指導方針に従い“日常生活に支障がなくなったこと”を指します。主観的な判断になるかと思いますが、ご確認ください。

#### 4. 薬局について

①薬局の特色について教えてください。他の漢方薬局との違いがあればそれも合わせてお願いいたします。（200字以上で書きください）	
②アトピー改善について、貴店が得意とするタイプがあれば教えてください。（例；症状レベル・併発症状・年齢・性別など）	
③アトピーの原因としてどういった可能性が考えられますか？（例；多い症例でも、特定症例でも構いません）	
④アトピーはどうすれば改善できますか？貴店の特徴を交えて教えてください。	
⑤過去の事例からアトピーを改善できる可能性について教えてください。（例；〇〇状態の方が〇〇状態になるまで、約〇〇ヶ月で、〇〇率くらいの方は改善）	
⑥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
⑦カウンセリング出来るスタッフの人数	
⑧概算の費用目安について教えてください。	
⑨最後に、アトピー改善を望むご本人やご家族に対するメッセージをお願いいたします。（200字以上でお書きください）	

#### 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、ご協力をお願いします。

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。