

2022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。

※スペースの都合上WEB入力の問題と順番が前後している箇所もございます。

※FAXエントリーは受け付けていません。

※細かい説明や必須、任意については記載していません。一部省略している箇所もあります。

1. 基本情報

【 薬 局 名 】

【 代 表 者 名 】 ご役職 お名前

【 所 在 地 】 〒 —

【 電 話 番 号 】 【FAX番号】

【 Email 】

【 Email掲載可不可】 可 不可

【 URL 】

【 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も送付させていただきます>

【 ご 担 当 者 名 】 【 電 話 番 号 】

【 Email 】

※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。

3. 過去の受賞歴

アトピー部門の過去受賞歴のある年度のものにチェックを入れてください。

2021年 2020年 2019年 2018年 2017年 2016年 2015年

～2014年（未病予防部門） その他（わからない）

4. 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漢方相談における年間総売り上げ(半角) (直近決算売上高をご記入ください。)	円
②上記のうち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。)	円
③上記のうち調剤売上(半角)※調剤がない場合は0をご記入ください。	円
④漢方相談における月間平均顧客数(半角)	人
⑤上記のうちアトピー相談における月間平均顧客数(半角)	人
⑥上記のうちアトピー相談における月間平均新規顧客数(半角)	人
⑦アトピー相談における月間客単価(半角)	円
⑧年間改善割合(※1)	%
⑨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
⑩その他実績でのアピールポイント 100選以外での受賞歴や、その他の実績等あれば簡潔にご記入ください。 ※例 ○○大会全国1位 など	

※1 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。

5. 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こも合わせてお願いいたします。（200字以上でお書きください） 推奨文字数400字～800字

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	人
⑧概算の費用目安について教えてください。 (例；症例別・治療別など)	円

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)

6. 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 オンライン 通販 その他 ()

7. 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	<input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 新聞本誌 <input type="checkbox"/> タウン誌 <input type="checkbox"/> その他 ()
WEBメディア	<input type="checkbox"/> リスティング広告 <input type="checkbox"/> SEO <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他 ()

8. 推薦者名 (薬局名とお名前、電話番号)

※必須項目ではありません

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。
