

2023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】		
【 E-mail 】			
【 E-mail 掲載可不可】	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
【 URL 】			
【 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にも送付させていただきます>			
【 ご 担 当 者 名 】	【 電 話 番 号 】		
【 E-mail 】			

※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 200字以上（推奨文字数：400～800文字）

3. 過去の受賞歴

漢方・相談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。

- 2022年 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（調剤は含まず漢方相談における実績をご記入ください。）

①漢方相談における年間総売上 ※処方箋調剤の売り上げは含まない（直近決算売上高をご記入ください。）	円
②漢方相談における年間総顧客数※月間と間違わないよう注意ください。 （見込み客ではなく購入に至った顧客数をご記入ください）	円
上記のカウント方法 ・購入回数→同顧客でも複数回購入があった場合は回数分カウントしている ・購入者の数→同顧客が複数回購入の場合でも1とカウントしている ・その他→カウント方法をご記入ください	<input type="checkbox"/> 購入回数 <input type="checkbox"/> 購入者の数 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③漢方相談における月間平均顧客数 ※年間と間違わないように注意ください。	人
④漢方相談における月間平均新規顧客数 ※年間と間違わないように注意ください。	人
⑤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） ※年間と間違わないように注意ください。	円
⑥カウンセリングに伴う物販売り上げの割合（半角）※漢方薬、健康食品、サプリメント、化粧品（両者とも医薬品含）等の合算でご記入ください。	%
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
⑧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	

5. 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。（推奨文字400字～800字）

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）（推奨文字400字～800字）

③どのようなお客様（ご相談）が多いですか？ 上位10の症例とそれぞれの割合(%)も教えてください。 ※上記3つは必須項目	①	%
	②	%
	③	%
	④	%
	⑤	%
	⑥	%
	⑦	%
	⑧	%
	⑨	%
	⑩	%

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 人

⑦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）

⑧お客様へのメッセージをお願いいたします。（200文字以上400字以内でお書きください。）

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。