





**追加・取り下げ等時のお願い** (令和4年2月17日最終更新版)

リストの追加や修正方法を統一させていただきます。下記の内容を確認した上で、リスト化されますよう、ご協力お願いいたします。

**【追加時】**

1. 薬局追加時は、最初に記載した薬局リスト（ワークシート名は自身の都道府県名に変更）に追加してください。
2. 薬局情報を記入した後に、その列は黄色に着色をお願いいたします。
3. 追加日の項目が一番最後にありますので、日付（月/日）の記入をお願いいたします。

e.g.

No	都道府県番号	都道府県	薬局名	郵便番号	薬局所在地 (市区町村以 降)	電話番号	FAX番号	メール	薬局日及び時 間	時間外・ 緊急時の電話番 号	供給の役割を担う薬 局である場合は 「○」を記載	保険薬局コード (10桁)	追加日
1	0	××	○○	111-1111	△△△1-1	1234567890	9876543210	ab@email	平日10:00- 19:00 土日：10: 00-17:00	1234567890	○	XXXXXXXXXX	
2	0	××	○○○	111-1112	△△△1-2	1234567899	9876543211	cd@email	平日10:00- 19:00	1234567899		XXXXXXXXXX	2月13日
3	0	××	○	111-1113	△△△1-3	1234567888	9876543222	ef@email	全日10:00- 19:00	1234567778	○	XXXXXXXXXX	2月13日

**【修正・変更時】**

1. 変更箇所は赤字で記入ください。

e.g.

No	都道府県番号	都道府県	薬局名	郵便番号	薬局所在地 (市区町村以 降)	電話番号	FAX番号	メール	薬局日及び時 間	時間外・ 緊急時の電話番 号	供給の役割を担う薬 局である場合は 「○」を記載	保険薬局コード (10桁)	追加日
1	0	××	○○	111-1111	△△△1-1	1234567890	9876543211	ab@email	平日10:00- 19:00 土日：10: 00-17:00	1234509876	○	XXXXXXXXXX	

**【取り下げ時】**

1. 削除時は、削除したい薬局の情報をコピーし、削除のワークシート（【取り下げ】）に情報を移動（貼付）してください。
2. 移動が終わったら、取り下げワークシートの移動した情報最後に、取り下げ日項目がありますので、日付（月/日）の記入をお願いいたします。
3. 移動が終わったら、全体リストのワークシートから削除してください。  
※全体リストには、対応薬局リストとして現時点で対応いただける薬局だけになるようにしてください。

**【リスト提出時】**

1. エクセルの件名は「YYMMDD【県番号\_県名】ラゲブリオ対応薬局リスト様式」をお願いいたします。  
e.g. 220213【01\_北海道】ラゲブリオ対応薬局リスト様式
2. 提出時は、メール内容に、何件追加したか、削除したか、修正したか、を記載してください。
3. 提出時のメール件名は「県番号\_県名 ラゲブリオ対応薬局リスト提出」をお願いいたします。  
e.g. 01\_北海道ラゲブリオ対応薬局リスト提出

**【その他】**

1. ラゲブリオ登録センターに登録いただいた対象機関において、全ての情報は閲覧できることを前提としております。  
※各都道府県の公開範囲については、各都道府県の判断によります。