連江縣衛生局藥商設立（變更）現場調查表

 檢查時間 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥商名稱 |  | 電話 |  |
| 住址 |  |
| 藥商類別 | * 中藥 □西藥 □醫療器材 □製造業 □販賣業
 |
| 負責人 |  |  電話 |  |
| 身分證字號 |  |  地址 |  |
| 管理人 |  |  電話 |  |
| 身分證字號 |  |  地址 |  |
| 查 核 項 目 | 申請人自評 | 查核情形 |
| 1.是否具藥品管理人。（醫療器材販賣業除外） | □是 □否 | □是 □否 |
| 2.現場營業項目是否與申請相符。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 3 是否陳列販賣違法藥物或食品 | □否 □是 | □否 □是 |
| 4.西藥販賣業不得販賣中藥（成藥除外），中藥販賣業不得陳售西藥。  | □是 □否 | □是 □否 |
| 5.販售之藥品、醫療器材、裝品標示是否符合規定。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 6.市招是否與申請符合及未逾法規規定。 | □是 □否 | □是 □否 |
| 7.是否張貼違規廣告。 | □否 □是 | □否 □是 |
| 8.製造業是否符合藥物製造工廠設廠標準。（依據藥物製造工廠設廠標準） | □是 □否 | □是 □否 |
| 9.是否具消防安全設備。 | □是 □否 | □是 □否 |
| □符合規定 □不符合規定 □應改善複查 |  |  |
| * 以上調查紀錄經本藥局（商）負責人親閱，並無發生財物短少或其他損害情形。

衛生單位主管（簽章） 衛生單位檢查人員（簽章） 商號或公司章 負責人（簽章） |
| 備註：請申請人先行自評，經衛生單位初勘不合格於三日內改善，並經複查合格者，以申請日為發照日； 逾三日改善完成者，以改善複查合格日為發照日。 |