

ドクターズチョイス 返金お申込み用紙

いつもドクターズチョイスをご愛顧いただき誠にありがとうございます。

この度は弊社商品がお役に立てず、大変残念な気持ちでいっぱいです。

この90日間全額返金保証の趣旨は、品質世界 No.1 を追及するドクターズチョイスが1人でも多くの方に満足していただけるようにご不満の方からの貴重なご意見をお聞きしたい為に行っております。

その意味で、今回の返金のご依頼にスタッフ一同感謝申し上げます。

是非、別紙の欄にご不満のポイント、ご意見など遠慮なくご記入ください。

お客様の健康に関するお悩みなど解決されていない場合は、弊社所属の専門医や薬剤師からアドバイスもさせていただきます。

アドバイスご希望の方は弊社からご連絡させていただく方法を以下の中からお選びください。

Eメール ・ 電話 ・ どちらでも可

Eメールアドレス入力欄：

お電話番号入力欄：

90日間全額返金保証制度のご利用は1商品につき1回までですが、「やはりもう一度試してみたい」という場合は遠慮なく再度お求め頂く事ができます。

ご不明点やご要望などがございましたら、いつでもお気軽に弊社カスタマーセンターまでご連絡ください。

～お申込みの流れ～

① 必要事項をご記入の上、**「ご記入いただいた用紙」と「商品（容器）」**を下記住所までお送りください。

※送料はご負担いただきますようお願い致します。

※後払い決済の際はお支払い後の受付となります。

送り先

〒141-0031 東京都品川区西五反田 8-1-14 最勝ビル 2階

ビューティーアンドヘルスリサーチ 返品受付係

電話：0570-001073

② お申込み用紙と商品を受け取り次第、15日以内にお客様ご指定の銀行口座へお振込みさせていただきます。

※ご返金の際の振込手数料はお客様ご負担とさせていただきます。

※ポイントを使用してご購入された商品の返金につきましてはポイント分を引いた金額から振込手数料を差し引いてのご返金となります。

必要事項をご記入後、商品と一緒に返送をお願い致します。

ドクターズチョイス 返金お申込み用紙

・ご購入者のお名前(漢字)：

・ご購入者のお名前(カタカナ)：

・ご住所：

・電話番号

・Eメールアドレス

・注文番号(*必須ではありません)：

ゆうちょ銀行以外の銀行

・金融機関名：

・支店名：

・貯金種目： 普通 ・ 当座 (どちらかに○印)

・口座番号：

・口座名義人：

ゆうちょ銀行の場合

・支店名(店番号)：

・貯金種目： 普通 ・ 当座 (どちらかに○印)

・口座番号：

・口座名義人：

ドクターズチョイスは品質世界 No.1 を目指しております。
どんなことでも構いませんので商品にご満足いただけなかった理由をお知らせいただけますと幸いです。
今後の商品開発のためにご協力をお願い致します。

▼商品にご満足いただけなかった理由をお聞かせください。▼

▼お気づきのことやご意見、ご要望などがございましたら、ご遠慮なくお聞かせください。▼
どのような症状の改善を期待されていたか等をお聞かせいただければ幸いです。

ご協力いただき誠にありがとうございます。