

## 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、ご返品を承ることとなりましたが、ご連絡していただき、心より感謝申し上げます。

私たちはお客様のご不満を真摯に受け止め、今後の商品開発に役立てて参りますことをお約束致します。

お手数をおかけしますが、商品のご返品をいただく際に、必要事項をご記入いただき、商品（容器）と一緒に返送ください。

些細なことでも結構ですので、質問がございましたらお気軽にお声がけください。

### ～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。

### 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。

右面を切り取って、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：

・銀行名： (銀行・信用金庫・信用組合・農協)

・支店名：

・(普通・当座)口座番号：

・口座名義(カタカナ)：

・注文番号(\*必須ではありません)：

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。

ご協力いただき誠にありがとうございます。