

## ドクターズチョイス 90 日間全額返金お申込み用紙

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、弊社商品がお客様の健康にお役に立てず、大変残念に思っております。

この 90 日間全額返金保証を設けた理由、それは品質世界 No.1 を追及するドクターズチョイスが、一人でも多くの方にご満足いただくためのヒントをいただきたいという思いからです。そのためには、商品にご満足いただけなかったお客様の声こそが、最高品質の商品を開発することに繋がると、考えております。その意味としまして、90 日全額返金保証をご活用いただけたことは、大変にありがたいことであると、スタッフ一同、心より感謝しております。是非、裏面にございますご不満となったポイント、ご意見など、お客様の率直なお声をご記入いただけましたら幸いです。

90 日間全額返金保証制度の適用は、1つの商品につき1回限りですが、「やはりもう一度試してみたい」という際は、是非とも遠慮なくご購入いただけたらと思っております。ご不明点やご要望などがおありでしたら、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ませ。

### ～返金お申込みの流れ～

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。

※送料はお客様ご負担にてお願いいたします。

※※本制度は、いかなる決済方法でも**「お支払いをお済ませいただいている商品」**を対象とした制度です。

特に、**「後払い決済」**につきましては、**必ずお支払い後**、本制度をお申込みくださいますよう

ご理解の程お願い申し上げます。

#### 送り先

〒238 0031 神奈川県 横須賀市衣笠栄町 2-3 3-5 アマーレヴィスタ 202

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 お申込み用紙とご返品商品が、日本のカスタマーセンターにて到着確認でき次第確認日から 15 日以内に、お客様指定の銀行口座へ振込みいたします。

※返金時の振込手数料は、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お購入いただい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返金となります。

※※※商品到着時、及び振込完了時それぞれに、お知らせメールをお送りしております。

**【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 90 日間全額返金お申込み用紙

・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**の場合

・金融機関名：

・支店名：

・口座種別： 普通 ・ 当座 (どちらかに○印)

・口座番号：

・口座名義人(カタカナ)：

ゆうちょ銀行**の**場合

・支店名(店番号)：

・口座番号：

・口座種別： 普通 ・ 当座 (どちらかに○印)

・口座名義人(カタカナ)：

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。

▼ あなたのお悩みは解決していますか？ はい OR いいえ ▼

▼ 商品にご満足いただけなかった理由 / ご意見、ご要望など、遠慮なくお聞かせください ▼

ご協力いただき誠にありがとうございました。