

# リプリノール®アドバンス初めの1パック返金保証申込書

下記の項目にご記入後、お手元に残った商品(開封・未開封問わず。初回プレゼント分を含む)、パッケージ、購入履歴がわかるもの(ご購入にあたっての弊社からのご注文メールや発送メール、納品書など)のコピーを貼付し、弊社返金保証係までご送付ください。郵送料はお客様でご負担になります。(着払い不可)

## (注意事項)

- 複数パックをご購入の場合でも1パック分のご返金になります。
- 返金保証は ①初めてのご購入 ②購入から60日以内が対象になります。また、おひとり様1回限りのご利用となります。条件等のご確認・ご不明点は事前にカスタマーサービスにご連絡ください。

申込日: 年 月 日

お名前	(フリガナ)		
住所	〒	-	(電話番号)
メールアドレス	@		
購入日	年 月 日		
購入先 ※ご利用状況のご報告	<input type="checkbox"/> 動物病院/取扱い施設 (購入先名: )		
	<input type="checkbox"/> リプリノール®アドバンス公式ショッピングサイト 注文番号 : _____ 決済方法 : <input type="checkbox"/> クレジットカード決済(カード会社からご返金) <input type="checkbox"/> 代引き/コンビニ決済(銀行振込でご返金)		
お客様の年齢	<input type="checkbox"/> 20歳以下 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80歳以上		
1日の摂取量	例)初めの2週間は4粒、その後1日2粒		
摂取した日数	日間		
摂取した目的	<input type="checkbox"/> 肩・首回りのサポート <input type="checkbox"/> 腰のサポート <input type="checkbox"/> 膝のサポート <input type="checkbox"/> アンチエイジングのサポート <input type="checkbox"/> その他( )		
ご満足いただけなかった申請理由	<input type="checkbox"/> 効果が感じられない <input type="checkbox"/> 体質に合わない <input type="checkbox"/> 他社製品を利用 <input type="checkbox"/> その他( )		
振込先 ※病院・施設で購入または弊社サイトで代引き・コンビニ決済の方はご記入ください。	銀行・信金・信組・農協		
	支店番号 :		支店名 :
	普通・当座	口座番号	口座名義(カタカナ)

株式会社ネオキャリア内 V and P サポートセンター 60日返金申請受付係宛て

〒810-0004  
福岡県福岡市中央区渡辺通5-23-8 サンライトビル5階/7階  
FAX:092-734-3066