

# 返 品 ・ 調 査 依 頼 票

アルソア慧央グループ お客様相談室

FAX : 050-3153-1483

TEL : 0120-820-370 または 0551-20-5133

※もれなくご記入ください

		申し出受付日		年 月 日	
製品名		サイズ	<input type="checkbox"/> ( ) g/ml <input type="checkbox"/> レギュラー <input type="checkbox"/> ラージ <input type="checkbox"/> ミニ	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> リフィル	ロット番号
		色番			
返品理由	内容物	<input type="checkbox"/> 異臭 <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 味 <input type="checkbox"/> 量不足 <input type="checkbox"/> 内容違い <input type="checkbox"/> 内容物形状不良 (分離・膨張・粘性・ざらつき) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	容器・包装	<input type="checkbox"/> 破損・傷 <input type="checkbox"/> 機能不良 (出が悪い・開閉不良・部品外れ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
申し出内容				本社への要望事項 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 赤伝 <input type="checkbox"/> 調査のみ	
					調査回答先 <input type="checkbox"/> 販社 <input type="checkbox"/> 地区本部 <input type="checkbox"/> B C <input type="checkbox"/> お客さま
確認組織内容				代替品送付先 <input type="checkbox"/> 販社 <input type="checkbox"/> 地区本部 <input type="checkbox"/> B C <input type="checkbox"/> お客さま	
販売(納品)日	年 月 日		当該品使用歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 継続使用 (使用後 個目)	
開封	<input type="checkbox"/> 未開封 <input type="checkbox"/> 開封済み 年 月 日		販売方法	<input type="checkbox"/> 来店 <input type="checkbox"/> お届け (訪問) <input type="checkbox"/> 送り <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> ドレッサー <input type="checkbox"/> 化粧ポーチ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	発見日	年 月 日	保管場所		
使用期間	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 1週間未満 <input type="checkbox"/> 2週間未満 <input type="checkbox"/> 3週間未満 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1か月以上 <input type="checkbox"/> 3か月以上 <input type="checkbox"/> 半年以上				
発見状況	<input type="checkbox"/> 組織納品時 <input type="checkbox"/> 販売時 <input type="checkbox"/> 開封前 <input type="checkbox"/> 開封直後 <input type="checkbox"/> 使用中		残量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 3分の2 <input type="checkbox"/> 2分の1 <input type="checkbox"/> 4分の1 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

↓当事者 (不具合品の発見・使用者) に☑をお願いします

☐	販社	名称		担当	
		住所		電話	
☐	地区本部	名称		担当	
		住所		電話	
☐	B C	氏名		コード	
		住所		電話	
☐	お客さま	氏名		カナ	
		住所	(〒 — )	電話	

※肌・健康のトラブルのご連絡には「ヒアリングシート」をご使用ください。

受付No. : 相談室受付者 : 相談室受付日 : 年 月 日