

# 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"/> レギュラーロラジーミー	日本体	ロット番号
		色番		リフィル	
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 ( )			
申し出事内容				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
					<input type="checkbox"/> 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"/> お客様
確認組内織容				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"/> お客様
					<input type="checkbox"/> 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"/> お客様
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	□ 未開封	販売方法	<input type="checkbox"/> 来店 <input type="checkbox"/> お届け (訪問) <input type="checkbox"/> 送り		
	□ 開封済み 年 月 日		<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	□ 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	□ 組織納品時 <input type="checkbox"/> 販売時 <input type="checkbox"/> 開封前 □ 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		担当	
	住所		電話	
□ お客様	氏名		担当	
	住所	(〒 一 )	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