

返品・交換依頼書

RETURNS & EXCHANGES

ご依頼年月日	年 月 日
同時送信 有・無	送信枚数 枚

FAX 0948-23-4674

【ご発注者】

フリガナ

お名前

住所 〒 -

TEL

FAX

E-mail

【お届け先】

フリガナ

お名前

住所 〒 -

TEL

発注者の住所とお届け先が異なる場合のみお届け先欄へご記入下さい。
※お客様の個人情報は、弊社で適切に管理し、ご注文に関するご連絡、
お届け、サービスのお知らせ以外の目的で使用する事はありません。

【返送商品】

商品番号	色	サイズ	数量	返品理由



【交換希望商品】 交換をご希望の場合ご記入下さい。

商品番号	色	サイズ	数量

返品・交換依頼書を返送分の商品と一緒に荷物にお入れください。

【ご指定の銀行口座】 返品・交換によって返金が発生した場合の口座です。

金融機関名称	銀行	支店
フリガナ	口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人	口座番号	

返品交換について

- お客様のご都合による正当な理由のない返品交換は、原則お受けできません。
- 商品到着日より7日以上経過された場合や、すぐに使用した場合、お客様のお手元で加工・破損した場合ネーム入れなどの加工済みの場合は返品はご容赦ください。
- 交換は返品商品が届いてからのご注文になります。

【不良品の返品・交換の場合】 返品送料、手数料はすべて当社負担になります。

【お客様都合による返品・交換の場合】 返品送料、手数料はお客様のご負担になりますのでご了承下さい。



MEDICAL WEAR JAPAN
MEDICAL WEAR & HOSPITAL UNIFORM

株式会社ワーキングハセガワ
〒820-0604 福岡県嘉穂郡桂川町瀬戸156-1
URL : www.medical-wear.jp
E-mail : info@medical-wear.jp

ご注文専用電話番号

TEL **0948-24-8600**
平日 8:30-17:30

FAX専用ダイヤル

FAX **0948-23-4674**
24時間受付