

専用申し込み書

この用紙にご記入の上、着払いでお送りください。(ご記入項目は必須です。)

お名前	フリガナ	
ご住所	〒 □□□□-□□□□	
	都 道 府 県	市 郡 区
ペットのお名前	犬	犬・猫
	製品名	内容量
ご購入製品について	●ご満足いただけなかった理由(できるだけ具体的に記入ください。)	

キリトリ線

必ずお読みください

愛犬・愛猫の健康管理の観点から、
まず動物病院へご相談ください。

プリSCRIPTION・ダイエットを返金希望される方へ

プリSCRIPTION・ダイエット製品については、ペットの病気・健康管理の観点から獣医師の診断に基づき給与していただくことを弊社の方針としております。そのため、**必ず動物病院記載の療法食推奨書が必要になります**。該当品が動物病院の推奨に基づく購入であることが判別できない場合は対象外とさせていただきます。ペットの体調によって食欲が変化することもあります。そのため、今お使いのプリSCRIPTION・ダイエットに何らかの不満な点やお気づきの点がございましたら、まず製品をご購入された動物病院の獣医師・スタッフに、食事管理についてご相談ください。

プリSCRIPTION・ダイエット満足保証による返金の条件

- ◎購入レシートは、動物病院による推奨日から7日以内のものを貼付してください。
- ◎製品ご購入後30日以内に、動物病院により必須事項が記入済みの療法食推奨書、必須事項全てを記入した専用申し込み書と残った製品をパッケージごと「日本ヒルズ・コルゲート株式会社 満足保証」係までお送りください。
- ◎ご返金は、お送りいただくヒルズ プリSCRIPTION・ダイエット製品のご購入額相当分のみとなります。それに関わる送料は含みませんので、着払いでお送りください。
- ◎レシートの不備やレシートの金額と返送製品数との間に、誤差・その他不明な点がありました場合は、返金対象製品の詳細確認のため、事務局よりペットオーナー様にご連絡させていただく場合がございますのでご了承ください。
- ◎製品(ドライ・ウェットともに)は、必ずパッケージごとお送りください。缶詰製品、パウチ製品をお送りいただく場合、内容物がこぼれないようビニール袋などに入れて、できるだけクール便をご利用ください。
- ◎レシートに不備のある場合や、製品の同封がない場合、お客様の住所が不明・連絡不能などの理由により郵便為替をお届けできない場合は、お申し込みが無効となります。
- ◎お送りいただいた専用申し込み書、レシート、製品等をご返却できませんので、あらかじめご了承ください。
- ◎返金のお申し込みは日本国内に限らせていただきます。海外からのお申し込みはできません。
- ◎愛犬・愛猫の健康管理の観点から、返金の希望があった旨を弊社より動物病院へご連絡させていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ◎返金のためのお手続き・条件等は弊社の都合により変更する場合があります。



レシート貼付について

- ◎購入証明として、レシートを必ず貼付してください。
- ◎購入年月日・購入金額の分かるレシートを「専用申し込み書」にテープでしっかり貼り付けてください。
- ◎クレジットカードでお買い上げいただきますと、レシートにクレジットカード番号が印字される場合があります。番号部分を切り取るか、塗りつぶしてお送りください。
- ◎郵便為替到着まで配送伝票控えを保管してください。

※お客様の個人情報をお客様の同意なしに業務委託先以外の第三者に開示・提供することはありません。(個人情報の保護に関する法律により開示を許される場合を除く。)
※お客様の個人情報は、日本ヒルズ・コルゲート株式会社に管理させていただきます。
※ご記入いただいた個人情報は、郵便為替の発送、クリニックへのご連絡、弊社の製品やキャンペーン等のご案内に使用させていただきます。



ご満足いただけない場合には
返金いたします



PRESCRIPTION DIET™

送付・お問い合わせ先

「日本ヒルズ・コルゲート株式会社 満足保証」係 ☎0120-211-323
〒354-0021 埼玉県富士見市鶴馬1-24-3 [お問い合わせ受付時間 9:30~16:00(土・日・祝日を除く)]

日本ヒルズ・コルゲート株式会社
〒102-0084 東京都千代田区二番町5-25

<http://www.hills.co.jp>

ヒルズお客様担当 ☎0120-211-323



満足保証

ヒルズ プリSCRIPTION・ダイエットの 満足保証

万が一ご満足いただけない場合は、
製品購入代金をお返しいたします。

プリSCRIPTION・ダイエットをお使いの方へ

ヒルズのプリSCRIPTION・ダイエットは、ペットの病気、健康管理の観点から獣医師の診断に基づき給与していただくことが必要です。ペットの体調によって食欲が変化することもあります。そのため、今お使いのプリSCRIPTION・ダイエットに何らかの不満な点やお気づきの点がございましたら、**まず製品をご購入された動物病院の獣医師・スタッフに、食事管理についてご相談ください。**



ご返金のしくみ

1 療法食推奨書に必要事項が記載されているかご確認ください。

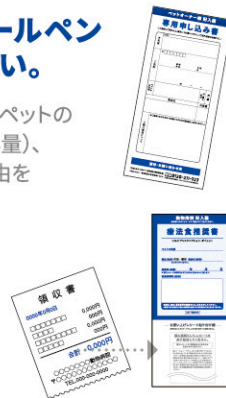


2 専用申し込み書をボールペン等でご記入してください。

◎お名前(フリガナ)、ご住所、電話番号、ペットのお名前、購入製品について(製品名・内容量)、ご購入先、ご満足いただけなかった理由を(できるだけ具体的に)ご明記ください。

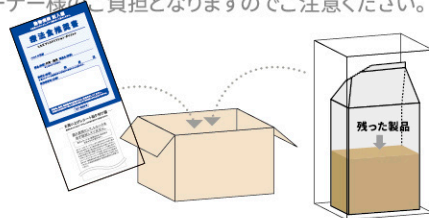
◎購入証明として、**レシートを必ず添付してください。**

◎レシートに購入年月日・購入金額が明記されていることをご確認ください。



3 記入済みの「専用申し込み書、療法食推奨書」と「残った製品(パッケージごと)」を同梱し、**下記送付先まで製品ご購入後30日以内に着払いでお送りください。**

元払いでお送りいただいた場合の送料は、ペットオーナー様のご負担となりますのでご注意ください。



送付先

「日本ヒルズ・コルゲート株式会社 満足保証」係
〒354-0021 埼玉県富士見市鶴馬1-24-3
電話：0120-211-323

4 製品到着後、約1ヶ月後にご購入額相当の郵便為替をペットオーナー様に郵送いたします。

◎状況によってはお届けまでにお時間がかかる場合があります。

郵便為替

動物病院 記入欄

お間違いのないよう、すべて漏れなくご記入ください。

療法食推奨書

ヒルズ プリSCRIPTION・ダイエット

ペットの名前

製品(必須) 犬用・猫用 製品名(必須)

※○をつけてください。

推奨日(必須) 年 月 日

※ 購入レシートは推奨日から7日以内の日付のものに限ります。

動物病院名(必須)

貴院名、住所、電話番号を記載または、社判を押してください。
※記載または社判がない場合、本推奨書は無効となり満足保証のお申し込みはできません。

コピー使用不可

— お買い上げレシート貼り付け欄 —

剥がれないようにテープでしっかり貼り付けてご応募ください。

購入証明として、レシートを必ず貼付してください。

購入レシートは、推奨日から7日以内の日付のものに限ります。

※レシートは、テープでしっかりと貼り付けてください。枠からはみ出してしまう部分は折りたたんでお申し込みください。※製品ご購入後30日以内にお送りください。※購入年月日・購入金額の分かるレシートを貼り付けてください。※クレジットカードでお買い上げいただきますと、レシートにクレジットカード番号が印字される場合があります。番号部分を切り取るか、塗りつぶしてお申し込みください。※郵便為替到着まで配送伝票控えを保管してください。