

VETERINARY HPM 食事療法食 満足保証 申請用紙

お名前	フリガナ		
ご住所	〒	-	都道府県
	市区群		
お電話番号			
お買い上げ病院名 又は 推奨病院名			
返金対象製品名 ※対象商品にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 体重&糖質制限 <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 消化器&栄養補給 <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 皮膚被毛 <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 加水分解サーモン <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 腎臓&リン制限 <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 犬用 ストルバイト&シュウ酸塩結石	<input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 猫用 体重&糖質制限 <input type="checkbox"/> VETERINARY HPM 猫用 ストルバイト&シュウ酸塩結石	

対象製品バーコード添付場所
製品裏面右下にあるバーコードを貼ってください。
貼りきれない場合は、裏面へ貼付ください。

対象製品購入レシート添付場所
コピーでも可能です。
貼りきれない場合は、裏面へ貼付ください。

※ご送付頂きました申請資料の返却は致しかねます。
記載内容に不備がある場合返金対応が出来ない事がございます。
内容に不明な点がある場合お客様にご連絡する事をご承ください。

お客様から申請されました「満足保証制度」の記載内容は返金処理
及び製品改善、サービス改善に利用させて頂きます事をあらかじめ
ご了解ください。

HPMサイトから直接ご購入の方は購入日を記入ください

年 月 日

【送付先】

〒252-0134
神奈川県相模原市緑区下九沢 1697-8
「VETERINARY HPM 食事療法食 満足保証」係宛
※郵便為替でのご返金とさせていただきます。

ご不明な点がございましたら、以下のHPMサービスまでお問い合わせください

TEL 0120-550-700

受付時間 9:00~17:00 (年末年始、日曜・祝日を除く)