

# ベッツペッツ・アンチノール初めの1箱返金保証申込書

下記の項目にご記入(記入項目はすべて必須)、ご購入日とアンチノールご購入金額が明記されたレシート・領収書などを貼付し、郵送又はファックスで弊社までご送付下さい。

※複数箱ご購入の場合は、1箱分のご返金になります。  
※動物病院でご購入／弊社HPで動物病院コードをご使用の場合は、ペットの健康管理の観点から、返品のご要望があったことについて、動物病院にご連絡させていただきます。ご了承ください。

申込日：西暦 年 月 日

フリガナ	
お名前	
住所	〒
電話番号	

購入先	動物病院名( ) / 弊社HP	購入日	西暦 年 月 日
動物病院コードをご使用の場合	動物病院名( )	購入規格	30粒 / 60粒 / 90粒
住所	都/道/府/県 市/区/群 (町名以下記入不要)	ペットのお名前	
与えた目的		犬種/猫種	
返金希望の理由		年齢	
		与えた量	
		与えた期間	
振込先	銀行 / 信金 / 信組 / 農協		支店
	普通・当座	口座番号	口座名義氏名(カタカナ)
レシート添付欄	ご購入日・アンチノールご購入金額が明記されているレシート・領収書など (弊社HPでご購入の場合は、購入時の弊社からのメールでも結構です。)		

お問い合わせ：ベッツペッツカスタマーサービス TEL:03-6369-8551

受付：月～金 10:00-17:00(土日祝日除く)

郵送先 〒103-0025  
東京都中央区茅場町2-13-13  
茅場町2丁目共同ビル6F((株)マックス内  
ベッツペッツアンチノール 返金保証係宛

FAX  
03-6369-8533