

【返品申込書記入例】

お客様のご登録内容をご記入ください。お客様番号は請求書の右上に記載されています。

返品不可条件1~9に該当しないことをご確認のうえ、にをご記入ください。

請求書に記載されている、ご請求番号、発行年月日、商品コードをご記入ください。請求書番号、発行年月日は請求書の右上に記載されています。

ご返品される商品の数量を右詰めでご記入ください。

返品理由1~8から理由を選び、番号をご記入ください。[8その他]を選ばれた方は、返品理由の詳細もご記入ください。

返品分の代金をお支払い済みの方は、ご希望の精算方法にをご記入ください。

「指定の口座へ返金」を選ばれた方は、口座情報をご記入ください。

ご担当者様に、内容についてご連絡をさせていただく場合がございます。

FEED 返品申込書

FAX 0120-004-506

お客様番号 012-345 TEL 045-662-4590 申込日 9月 8日
 名称 必須 FEED 歯科クリニック 担当 後藤

1. お客様事由による返品は、未開封・未使用の商品に限ります。また、返送料はお客様負担となります。

【ご注意ください】下記に該当する商品は返品を承れません。

1 開封された商品・使用済みの商品	4 名入れ・刺繍を施した特注商品	7 返品不可の箱、記載がある商品(特マーク記載品)
2 商品お届け後、15日以上経過した商品	5 有効期限・賞味期限が経過した商品	8 時価販売の金貨
3 お客様のもとでキズや汚れが生じた商品	6 取り寄せの箱、記載がある商品(特マーク記載品)	9 メーカーから直接お届けする商品

了承する (上記ご確認のうえ、ご了承いただける場合をご記入ください。)

2. 返品希望の商品についてご記入ください。

※商品と一緒にお届けした請求書をご参照のうえ、ご記入ください
 ※代わりの商品をご希望の場合は、新たなご注文として承りますので、別途ご注文の程、お願ひします

ご請求番号(9ケタ)	発行年月日	商品コード(7ケタ)	返品数	理由	フィード記入欄
105637890	17/9/1	3453664	1	1	カダロ 適合率 No. 返品 理由
105644213	17/9/5	4611005	1	8	カダロ 適合率 No. 返品 理由
					カダロ 適合率 No. 返品 理由
					カダロ 適合率 No. 返品 理由

※返品理由を以下から選択してください。

1 注文商品の間違い	3 サイズがイメージと違う	5 性能・仕様がイメージと違う	7 注文後、不要になった
2 注文数の間違い	4 色がイメージと違う	6 機種に適合しない	8 その他(<u>重すぎた</u>)

3. [返品分の代金を支払済みのお客様]代金の精算方法を、以下2種からお選びください。

支払いがお済みでない場合、支払方法により精算方法が異なります。カダログP1103「返品のお支払い・ご精算方法」をご確認ください。

※お支払い済みのお客様で、チェック欄に記入がない場合、「次回の注文分から差し引く」処理を行います。
 ※クレジットカード支払いの場合、「指定の口座へ返金」のみとなります。

次回以降の注文分から差し引く (返品手続き完了後(ご返品計算書発行後)の注文分から、代金を差し引きます。)

指定の口座へ返金 (下記振込先情報をご記入ください。返品受領確認後、ご記入の口座へ返金します。)

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カダカ)
		当座・普通		

4. 本申込書を、返品商品を送付される前にFAX送信してください。 [FAX送信先]0120-004-506

※本申込書の事前FAXなく、返品商品を送付された場合、返金手続き完了まで、2週間程度かかる場合がございます。

5. ご返送の際、返品商品に本申込書のコピーを同封し、お送りください。

※返送先の住所や返送時の注意事項につきましては、カダログP1102「返品・交換について」をご確認ください。

返送日 返送者

返送

業務 処理者

処理日 年 月 日

請求No.

経理 処理者

処理日 年 月 日

返金額

フィード株式会社 本件に関するお問い合わせ **カスタマ・サービスデスク TEL 0120-004-502**
 〒220-6119 横浜西区みなとみらい12-3-3 フィーンスタワーB 19階 受付時間: 月~土曜 9:00~20:00(休業日/日曜・夜間)

用紙番号 **D51-14**

🚫 商品のお届け後14日以内にご連絡ください

送信先 **FAX 0120-004-506**
 送信間違いにご注意ください