

※この書面はSnore Circleの30日間返金保証をご適用いただくための必須内容となります。

(任意) と記載されている以外のすべての項目にご記入ください。

## 1.ご返品理由

- 効果が感じられなかった  
 使用方法が難しい・分からない  
 デザインが思ったものと違う  
 その他  
( )

## 2.ご返品一番理由を具体的に記入ください

(例) 効果が感じれなかった etc...

## 3.追加してほしいと思う機能は？

## 4.その他、製品についてのご意見・ご感想を

## 5.類似品をお持ちですか？

お持ちの場合は製品名をご記入ください。

## 6.ご購入された理由を具体的に記入ください。

(例) いびきの改善の為etc...

7.Snore Circleを購入前から見たことはありますか？  
ありの場合はご覧になった場所をご記入ください。

## 8.ご年代をお選びください (任意)

- 10代                       40代  
 20代                       50代  
 30代                       60代

## 9.ご職業をお選びください (任意)

- 会社員                       自営業  
 専業主婦                       専門職  
 学生                               教職  
 パート・アルバイト       その他 ( )

## お客様情報記入欄

返金先口座情報 ※ご本人様口座のみ対応いたします。

名前

銀行名

電話番号

支店名

住所 〒

口座種別

返品コード：

口座番号

返品期間保証および保証対象についての注意点を確認しました。

名義人名