

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
		市区郡
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 腎臓&リン制限 <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了承ください。

お客様から申請されました「満足保証」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。

ビルバックサービス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
※普通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、以下のビルバックコンタクトセンター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)