

返品交換依頼書

CLINIC UNIFORM
TEL 0776-63-5668
FAX 050-3730-4320

※返送交換は、商品到着日より7日以内にFAXにてご連絡ください。

◆コンビニからのFAX送信ができない場合がございます。エラーが発生する場合は、こちらの番号にご送信ください。【0776-43-9232】

| | | | | | | |
|---------------|------|-------|---|---------|------|---|
| 受注番号 | ご注文日 | 月 | 日 | 返送交換発送日 | 月 | 日 |
| 御社名 (お客様名) | フリガナ | ご担当者様 | | | フリガナ | |
| TEL | | FAX | | | | |

返送商品

| 品番 | 商品名 | 色 | サイズ | 数量 |
|----|-----|---|-----|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※点数が多い場合は別紙にご記入いただいても結構です。

返送分の数量総合計

交換希望商品

| 品番 | 商品名 | 色 | サイズ | 数量 |
|----|-----|---|-----|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※点数が多い場合は別紙にご記入いただいても結構です。

交換注文分の数量総合計

返品理由・備考

※必ずご記入ください。

※ご指定の銀行口座(交換によって返金が発生する場合には、必ずご記入ください。)

| | | | |
|--------|-------|----|----------|
| 金融機関名称 | 銀行 | 支店 | よみがな () |
| カタカナ | 口座の種類 | 普通 | 当座 |
| 口座名義人 | 口座番号 | | |

※交換や追加によって追加料金が発生した場合の決済方法を以下よりお選びください。

代金引換 銀行先振込み

当依頼書を返送分の商品と一緒に荷物に入れて下さい。

返品商品をお送り頂く際には、荷物に貼る送り状に「交換」と必ずご記入ください。

返品交換について

■必ずお読みください。■

- お客様のご都合による正当な理由のない返品交換は、原則お受けできません。また、商品到着日より7日以上経過された場合や、すでに使用した場合、お客様の手元で加工・破損した場合、ネーム入れなどの加工済みの場合の返品交換はご容赦ください。
- 交換は返品商品が届いてからの配送になります。お急ぎの場合は、先にファックスをお送りください。
- [不良品の返品交換の場合] 返品送料、手数料すべて当社負担になります。

[お客様都合による返品交換の場合]

- 返品送料、手数料(返金の際の振込手数料など)は、お客様のご負担になりますのでご了承ください。
- ご返金金額が500円(税別)以下の場合には返品手数料として相殺させていただきます。
- クレジットをご利用いただいた場合のご返品は、クレジット決済手数料5%差し引かせていただきます。

■ご注意ください。■

- 汚れが付くと返品交換はできません。
- 付属品がないと返品交換はできません。
- においがつくと返品交換はできません。
- 極端なシワが残っていると返品交換はできません。
- 10点以上のご返品の場合、1点につき100円(税別)の返品手数料が発生いたします。

例:15点ご返品の場合 15点×100円(税別)=1,500円(税別)の返品手数料が発生いたします。

※上記の商品に該当するものが返品されてきた場合には、誠に申し訳ございませんが返品交換のご対応ができない場合がございます。その際には着払いにてご返送させていただきます。

★返品商品配送先★

ユニフォームネクスト株式会社
物流センター クリニックユニフォーム
〒910-0837
福井県福井市高柳1丁目2101-B
TEL 0776-63-5668

FAX 050-3730-4320

※番号をお確かめのうえ送信ください。