

返品依頼書



Life sounds brilliant.

■お願い

- この返品依頼書と現品を下記、送付先へお送りください。
お手数ですが、お送りいただく配送ラベルに「返品」とご記載をお願いいたします。
- 太枠は必須項目です。必ずご記入ください。

《送付先》 〒242-0007 神奈川県大和市中心林間7-10-1 三機大和ビルB館6F シバントス株式会社 返品担当宛
(必ずお手元に控えを保管してください。) TEL:0800-222-4133 FAX:0800-888-4133

■返品情報

お取扱店情報			
返品ご依頼日	年	月	日
貴店番号 (販売先コード)			
貴店名			
ご担当者様			
TEL			

商品情報					
納品書 発行日	注文番号	商品名	返品 数量	製造番号	お客様名

返品理由																																							
1.返品理由にチェックを入れてください。																																							
<input type="checkbox"/> Z 当社の受注、出荷ミスによる返品	<input type="checkbox"/> D 不良返品	理由)																																					
<input type="checkbox"/> T お取扱店様の発注ミスによる返品																																							
<input type="checkbox"/> R 購入を前提に販売した商品の返品																																							
<input type="checkbox"/> E 器種交換のための返品																																							
2.耳あな式補聴器は以下の該当する項目にチェックを入れてください。																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>聴こえ方</th> <th>形状・操作性</th> <th>性能・品質</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 音量・出力不足</td> <td><input type="checkbox"/> 21 大きくて目立つ</td> <td><input type="checkbox"/> 31 ハウリングが解消しない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 耳閉感</td> <td><input type="checkbox"/> 22 小さすぎて操作しづらい</td> <td><input type="checkbox"/> 32 仕様違い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 音色の好み</td> <td><input type="checkbox"/> 23 自分で調整できない</td> <td><input type="checkbox"/> 33 新品不良</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 明瞭感が悪い</td> <td><input type="checkbox"/> 24 聴力が不安定</td> <td><input type="checkbox"/> 34 修理が遅い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 自分の声が響く</td> <td><input type="checkbox"/> 25 装用すると痛い・耳だれ</td> <td><input type="checkbox"/> 35 その他()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16 めまい・耳鳴り</td> <td><input type="checkbox"/> 26 その他()</td> <td colspan="1">お客様の意向</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 装用効果なし</td> <td colspan="2">システム</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18 その他()</td> <td><input type="checkbox"/> 42 器種選択ミス(T)</td> <td><input type="checkbox"/> 36 本人が補聴器は不要と思う</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 43 左右選択ミス(T)</td> <td><input type="checkbox"/> 37 家族の反対</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 44 注文書記入ミス(T)</td> <td><input type="checkbox"/> 38 ドクターストップ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 39 支払い能力なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 40 死亡・入院・行方不明</td> </tr> </tbody> </table>	聴こえ方	形状・操作性	性能・品質	<input type="checkbox"/> 11 音量・出力不足	<input type="checkbox"/> 21 大きくて目立つ	<input type="checkbox"/> 31 ハウリングが解消しない	<input type="checkbox"/> 12 耳閉感	<input type="checkbox"/> 22 小さすぎて操作しづらい	<input type="checkbox"/> 32 仕様違い	<input type="checkbox"/> 13 音色の好み	<input type="checkbox"/> 23 自分で調整できない	<input type="checkbox"/> 33 新品不良	<input type="checkbox"/> 14 明瞭感が悪い	<input type="checkbox"/> 24 聴力が不安定	<input type="checkbox"/> 34 修理が遅い	<input type="checkbox"/> 15 自分の声が響く	<input type="checkbox"/> 25 装用すると痛い・耳だれ	<input type="checkbox"/> 35 その他()	<input type="checkbox"/> 16 めまい・耳鳴り	<input type="checkbox"/> 26 その他()	お客様の意向	<input type="checkbox"/> 17 装用効果なし	システム		<input type="checkbox"/> 18 その他()	<input type="checkbox"/> 42 器種選択ミス(T)	<input type="checkbox"/> 36 本人が補聴器は不要と思う		<input type="checkbox"/> 43 左右選択ミス(T)	<input type="checkbox"/> 37 家族の反対		<input type="checkbox"/> 44 注文書記入ミス(T)	<input type="checkbox"/> 38 ドクターストップ			<input type="checkbox"/> 39 支払い能力なし			<input type="checkbox"/> 40 死亡・入院・行方不明
聴こえ方	形状・操作性	性能・品質																																					
<input type="checkbox"/> 11 音量・出力不足	<input type="checkbox"/> 21 大きくて目立つ	<input type="checkbox"/> 31 ハウリングが解消しない																																					
<input type="checkbox"/> 12 耳閉感	<input type="checkbox"/> 22 小さすぎて操作しづらい	<input type="checkbox"/> 32 仕様違い																																					
<input type="checkbox"/> 13 音色の好み	<input type="checkbox"/> 23 自分で調整できない	<input type="checkbox"/> 33 新品不良																																					
<input type="checkbox"/> 14 明瞭感が悪い	<input type="checkbox"/> 24 聴力が不安定	<input type="checkbox"/> 34 修理が遅い																																					
<input type="checkbox"/> 15 自分の声が響く	<input type="checkbox"/> 25 装用すると痛い・耳だれ	<input type="checkbox"/> 35 その他()																																					
<input type="checkbox"/> 16 めまい・耳鳴り	<input type="checkbox"/> 26 その他()	お客様の意向																																					
<input type="checkbox"/> 17 装用効果なし	システム																																						
<input type="checkbox"/> 18 その他()	<input type="checkbox"/> 42 器種選択ミス(T)	<input type="checkbox"/> 36 本人が補聴器は不要と思う																																					
	<input type="checkbox"/> 43 左右選択ミス(T)	<input type="checkbox"/> 37 家族の反対																																					
	<input type="checkbox"/> 44 注文書記入ミス(T)	<input type="checkbox"/> 38 ドクターストップ																																					
		<input type="checkbox"/> 39 支払い能力なし																																					
		<input type="checkbox"/> 40 死亡・入院・行方不明																																					

【備考】返品期限について、下記の通りです。返品する際は、弊社よりお送りしている付属品すべてをご返却ください。

・耳あな型補聴器：納品日から120日以内です。

・既製品補聴器、イヤモールド、部品：原則返品不可です。(但し、担当営業へ事前相談、弊社了解の場合可)