

アンケート

この度は、弊社の商品をご購入いただき誠にありがとうございました。
お手数ではございますが、アンケートにご協力を宜しくお願い致します。

1. お求めの商品名と伝票番号をご記入ください

()

2. どのような時に痛み（もしくは不安）を感じますか？

()

3. お使いになられたご感想やご意見などをお聞かせください。

--

※お客様アンケートはお客様の声として使わせて頂く場合がございます。

お名前	
ご年齢	
ご住所	〒
お電話番号	
メールアドレス	
ご希望のカラー	

※お客様のお名前・ご住所・連絡先などの個人情報は、商品のお届け目的以外には使用しません。

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。