FAX:050－3730－8285

相　談　票

カネボウ美白化粧品白斑被害救済大阪弁護団

受付番号	
担当弁護士	

※下記の1～11の事項についてご記入ください。

1 ご相談なさる方

フリガナ お名前		連絡先		
		電話・FAX		
		携帯電話		
ご住所		職業	性別	年齢
			男・女	歳

2 購入商品　　※　使用されていた商品に〇をしてください

会社名		㈱カネボウ化粧品					㈱リサージ	㈱エキップ	
商品名		ﾌﾞﾗﾝｼｰﾙ	suisai	ﾄﾜﾆｰ	ｲﾝﾌﾟﾚｽ	ｱｸｱﾘｰﾌ	リサージ	RMK	SUQQU
①	洗顔			ｿｰﾌﾟ			ｸﾘｰﾐｰｿｰﾌﾟ	ﾌｫｰﾑﾄﾞｿｰﾌﾟ	
②	クレンジング			ｸﾚﾝｼﾞﾝｸﾞ			ｵｲﾙｸﾚﾝｼﾞﾝｸﾞ	ｸﾚﾝｼﾞﾝｸﾞﾐﾙｸ	
③	化粧水	ﾛｰｼｮﾝ		ﾛｰｼｮﾝ	ﾛｰｼｮﾝ		ｽｷﾝﾒｲﾝﾃﾅｲｻﾞｰ	ｽｷﾝﾁｭｰﾅｰ	ﾛｰｼｮﾝ
④	美容液		ｴｯｾﾝｽ	ｾﾗﾑ		ｴｯｾﾝｽ	ｻｰｷｭﾘｰﾄﾞ		
⑤	乳液	ﾐﾙｸ			ｴﾏﾙｼﾞｮﾝ			ｴｯｾﾝｽ	ｴｯｾﾝｽ
⑥	クリーム	ｸﾘｰﾑ					ﾘﾍﾟｱｸﾘｰﾑ		ｴﾏﾙｼﾞｮﾝ
⑦	マスク	ﾏｽｸ		ﾏｽｸ	ﾏｽｸ				
⑧	その他			ﾐｽﾄ					

3 購入時期	**4　購入場所**
5 購入者	**6　購入金額**
7 使用期間 H　.　.　～　H　.　.	**8　使用方法**

9 白斑の症状　□ある　　**※　ある場合には□に✔をしてください。**

時期	H　.　.　～			使用中止後症状は緩和しましたか			□はい	□いいえ
部位	顔	首	手	上腕	その他 (　　)	その他 (　　)	その他 (　　)	その他 (　　)
大きさ・個数	cm×　個	cm×　個	cm×　個	cm×　個	cm×　個	cm×　個	cm×　個	cm×　個
生活上・仕事上の支障やご不満	※具体的にご記入ください							

10 通院の有無　□ある　　**※　ある場合には□に✔をしてください。**

病院名		治療方法	

11 カネボウとの交渉の有無　□ある　□ない　ある場合には□に✔をしてください。

※　ある場合には□に✔をしてください。

□商品の回収はされていますか

□お金は返金されましたか。 返金された金額はいくらでしたか（　　円）

□治療費支払いはされましたか。 支払われたとしてその金額はいくらでしたか （　　円）

□今後の支払いの予定はありますか（具体的に　　）