

## 「お客様からの声」ご記入用紙

1 | どの様な目的やお悩みでドクターウエルネスのサプリメントを使用する様になりましたか？

2 | お客様はどの様な方法でドクターウエルネスのサプリメントを毎日続けていらっしゃいますか？

3 | ドクターウエルネスのサプリメントを使用してお客様にどの様な変化がありましたか？

4 | その他、ご意見・ご要望がございましたら、何でもご記入下さい。

↓ お客様の連絡先をご記入下さい。 <ご採用の場合に必ず必要な情報となります。ご記入下さい。>

(商品広告掲載時に氏名や年齢の掲載をご希望でない方は、その項目を○で囲って下さい。)

※ご記入頂きました個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。

お名前 ご年齢 歳

ご住所(広告掲載時は、都道府県のみ掲載となります) 〒 -

TEL: - - E-mail アドレス:

FAX: - - 携帯メールアドレス: