

カネボウ美白化粧品被害救済姫路弁護士・個別面談申込票

1 相談者									
氏名(ふりがな)		連絡先							
		電話・FAX		(連絡の要・否)					
住所(ふりがな)		携帯電話						(連絡の要・否)	
		性別		年齢					
		男・女		歳					
2 購入商品 ※1 使用していた商品に○をする									
	商品名	カネボウアブランチール	suisai	トワニー	インプレス	アクアリーフ	㈱リサーチ	㈱エキップ RMK	SUQQU
①	クレンジング			クレンジング			オイルクレンジング	クレンジングミルク	
②	洗顔			ソープ			クリームソープ	フォームソープ	
③	化粧水	ローション		ローション	ローション		スキンメンテナンス	スキンチューナー	ローション
④	美容液	UVエッセンス	エッセンス	セラム		エッセンス	サーキュリット	エッセンス	エッセンス
⑤	乳液	ミルク			エマルジョン				エマルジョン
⑥	クリーム	クリーム					リペアクリーム		
⑦	マスク	マスク		マスク	マスク				
⑧	その他			ミスト					
⑨	カネボウ以外の化粧品	会社名			商品名				
3 購入時期					4 購入場所・方法 (履歴が残っているかどうか)				
5 購入者					6 購入金額				
7 使用期間 H . . . . . ~ H . . . . .					8 使用方法・使用箇所 (重ねづけ、コットンでパックしたなど)				
9 白斑の症状 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない									
時期 使用期間	H . . . . . ~ H . . . . . 年 月			使用中止後症状は緩和したか			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
部位	顔	首	手	上腕	その他				
大きさ・個数	cm× 個	cm× 個	cm× 個	cm× 個	cm× 個				
生活上の支障	※具体的に								
10 入院の有無									
病院名				治療方法					
入院期間等治療状況									
11 カネボウとの交渉の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない									
<input type="checkbox"/> 商品の回収はされているか <input type="checkbox"/> お金は返金されたか (いくら返金されたか 円) <input type="checkbox"/> 治療費支払いの有無 (いくら支払われたか 円) <input type="checkbox"/> カネボウ従業員の来訪があったか(来訪日時 来訪従業員名 カネボウ側の対応状況)									
12 今後のことについて									
<input type="checkbox"/> 弁護士への参加を希望するか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> カネボウの対応に不満があるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (どのようなことに対して不満を有しているか ) <input type="checkbox"/> その他(弁護士への要望、質問等含む)									
13 どこで説明相談会が開催されることを知りましたか									
<input type="checkbox"/> 新聞( ) <input type="checkbox"/> テレビ( ) <input type="checkbox"/> ラジオ( ) <input type="checkbox"/> インターネット( ) <input type="checkbox"/> その他( )									

\*本アンケートは、個人情報に配慮の上、姫路弁護士及び各地の弁護士において被害救済のために情報を使用させていただくことがありますことをご了承下さい。また、個人情報を除いた被害統計については、弁護士会や報道機関に情報提供することもありますので、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。