

「取り組みの説明」文書についての内容を理解し、調査を申し込みます。
 損害賠償請求の可否を判断する上で、下記情報を利用することを承諾します。

↑チェック「レ」してください。

調 査 申 込 書

※ 弁護士記載欄

ご記入日:平成 年 月 日

受付番号	
担当弁護士	

※ご不明な箇所は空欄で結構です。

1. お名前、ご住所など

氏 名(自署)	性 別	生年月日	職 業
(フリガナ)	男 ・ 女	(歳)	
住 所	連 絡 先		
〒	固定電話		
	携帯電話		
	F A X		
カネボウの会員・非会員の別 / 会員 ・ 非会員		電話・手紙の際, 弁護士名・法律事務所の表示 / 可 ・ 否	

2. 購入商品など ※ 購入商品が3つ以上ある場合は、「8. 自由記載欄」に加筆してください。

商品名	現存物の種類・有無	最初の購入時期・購入者
(ブランド名)	商品・箱・袋 契約書類・領収書 商品等の写真 他()	(最初の購入時期) H 年 月頃
(商品名)		(購入者) 本人・家族・他()
(ブランド名)	商品・箱・袋 契約書類・領収書 商品等の写真 他()	(最初の購入時期) H 年 月頃
(商品名)		(購入者) 本人・家族・他()

3. 使用の状況 別紙 使用化粧品一覧表にご記入下さい。

4. 被害の状況

発症時期	発症した症状	発症部位
H 年 月頃	<input type="checkbox"/> 白斑(最大約 cm) (合計約 個)	顔・額・首・腕・手・足・他()
H 年 月頃	<input type="checkbox"/> 紅斑	顔・額・首・腕・手・足・他()
H 年 月頃	<input type="checkbox"/> 色素沈着(黒ずみ)	顔・額・首・腕・手・足・他()
H 年 月頃	<input type="checkbox"/> 他()	顔・額・首・腕・手・足・他()
H 年 月頃	<input type="checkbox"/> 他()	顔・額・首・腕・手・足・他()

5. 治療の状況

※ 通院している病院が3つ以上ある場合は、「8. 自由記載欄」に加筆してください。

①通院期間※	H . . ~ H . . (年 ヶ月) 合計()回通院 <input type="checkbox"/> 現在通院中		
①通院先病院名※			
②通院期間※	H . . ~ H . . (年 ヶ月) 合計()回通院 <input type="checkbox"/> 現在通院中		
②通院先病院名※			
診断書	<input type="checkbox"/> 有(診断名:) <input type="checkbox"/> 無		
治療の状況			
現在の症状			症状の写真
			<input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> 写真無 <input type="checkbox"/> これから撮影する
これまで支払った治療関係費	治療費	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	通院交通費	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	他()	円	領収書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6. 休業損害の有無

被害に伴う休業	<input type="checkbox"/> 有(合計 日間) <input type="checkbox"/> 無
休業による収入減	<input type="checkbox"/> 有(合計 円) <input type="checkbox"/> 無
収入減に関する資料	源泉徴収票・給与明細書・確定申告書・他()

7. カネボウとの交渉の状況

返品・交換のお知らせの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
返品の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療費等の支払いの有無	<input type="checkbox"/> 有(合計 円) <input type="checkbox"/> 無 費目/ 商品代金・治療費・通院交通費・慰謝料・休業損害・他()
その他交渉の内容	

8. 自由記載欄(弁護士への要望、カネボウへの要請など自由にお書き下さい。)

送付先 (お問い合わせ)	〒980-0811仙台市青葉区一番町2-11-12 プレジデント一番町306号 十河(そごう)法律事務所 TEL 022-212-1603/FAX 022-212-1605