

返品申込書

私は下記のソフトウェアについて、次の条件に該当することを同意した上で返品を行い、購入代金の返金を申し込みます。

- 1、返品製品購入日から30日以内の申し込みである
- 2、返品製品購入時の領収書等を保管している

〒940-0071

新潟県長岡市表町 1 - 4 - 2 4 ソリマチ第3ビル

キャリアサクセス（株） 小林宛

毎月20日までの受付で、翌月第一火曜日に返金されます。
※20日が土日祝日の場合、前営業日が締め切りになります。

下記の質問（必須）にお答えのうえ、返品申込書、購入時の領収書のコピーと返品製品一式を上記までご返送ください。

ソフトウェア	製品名	シリアルNo.		
お客様情報	会社名			
	代表者名			
	返金先金融機関名：		支店名：	支店コード：
	金融機関コード：		口座種別： 普通 ・ 当座	口座番号：
	フリガナ			
	口座名義			
	住所（〒 ）			
	電話番号		ご担当者様	
購入先	購入先：	店舗名：	購入日：	年 月 日
返品理由	☐ 他製品と誤って購入した （本来の目的製品名： ）			
	☐ 税理士に依頼する （税理士名： ）			
	☐ 操作が難しい （難しかった部分： ）			
	☐ 機能が不足している （ご要望の機能： ）			
	（詳しい返品理由やご要望）			

お客様情報のご記入ありがとうございます。以下の質問にもご協力お願いいたします。

担当者様について	1、性別 ・男性 ・女性
	2、年代 ・1 0代 ・2 0代 ・3 0代 ・4 0代 ・5 0代 ・6 0代 ・7 0代以上
	3、実務担当歴 （ 年 ） 4、パソコン利用歴 （ 年 ）
ソリマチ製品購入理由	1、価格 2、機能 3、以前から使っている 4、会計事務所の勧め(会計事務所名：)
	5、販売員の勧め 6、知人の勧め
パソコン業務ソフト利用歴	7、その他（ ）
	1、今回が初めて 2、利用していた事がある 使用歴（ 年 ）
	⇒利用したことのあるメーカー・製品名（ ）
	⇒今回、ソリマチ製品に買い替えた理由をお教え下さい。
	（ ）

・お問い合わせ先 キャリアサクセス（株）

TEL:03-4236-3211 FAX:03-4236-4350

・お問い合わせ時間 10:00～17:00

（土日祝日及び弊社休業日を除く）

	本部	C S K	財務