

マッシーニ全額返金キャンペーン お申込み用紙

必ず全ての項目にご記入ください。
印刷してご利用ください。

以下のすべてにご記入ください。

ご住所	〒		
お名前	フリガナ		
お電話番号	()	ご年齢	歳
メール アドレス※	フリガナ		
	@		

※返金のご案内はメールで行います。丁寧に分かりやすくご記入ください。

判別しにくい文字はフリガナを付けてください。

メールアドレスの分かりにくい例

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ・「0」ゼロ、「o」オー | ・「u」ユー、「v」バイ |
| ・「1」イチ、「l」アイ、「I」エル | ・「v」バイ、「r」アール |
| ・「6」ロク、「b」ビー | ・「-」ハイフン、「_」アンダーバー |
| ・「9」キュー、「q」キュー | |

こちらにレシートをお貼りください。

ご購入時の購入証明（レシート・領収書等）をこちらの欄に貼付してください。

貼り切れない場合は、貼り付けなくても結構ですが、紛失しないようにご注意ください。

ホチキス留めでも結構です。セロテープで貼る場合はテープが印字に重ならないようにしてください。

（文字が消えてしまう場合がある為）

※オンラインショップでご購入され、領収書等がプリントできない場合は、
申込用紙に記載したメールアドレスから事務局宛てにお問い合わせください。

※購入日の翌日から30日以内の配送受付分が有効となります。

※レシートまたは領収書等に購入日、購入商品名、購入金額、購入店舗名の記載がない場合、
お申込みは無効となります。

※購入店舗の押印のない手書きの領収書ではご応募いただけません。

※レシートまたは領収書等に印をつけるなどの書き込みはしないでください。

※レシートにクレジットカード番号が記載されている場合、カード情報を黒く塗りつぶすなどしても、
必要情報が確認できる限りお申込みは有効です。

以下のアンケートにご回答ください。

Q1. 今回、ご使用いただいた商品の満足度を教えてください。（単一選択）

近い回答1つに○をつけてください。

A：一部には満足したところがあった B：あまり満足できなかった C：まったく満足できなかった

Q2. Q1で回答いただいた理由を具体的にご記載ください。（自由記述）

Q3. 今までに使った事がある増毛スプレー／パウダーを全て教えてください。（複数選択）

あてはまるものに○をつけてください。

- A：マッシーニ クイックヘアカバースプレー ブラック
 B：マッシーニ クイックヘアカバースプレー ライトブラック
 C：マッシーニ クイックヘアカバースプレー ダークブラウン
 D：マッシーニ クイックヘアカバースプレー ソフトセット ブラック
 E：トップシェード スピーディーヘアカバー スプレー＜自然な黒色＞
 F：トップシェード スピーディーヘアカバー スプレー＜やや明るめの自然な黒色＞
 G：トップシェード カバーヘアー＜自然な黒色＞
 H：トップシェード カバーヘアー＜やや明るめの自然な黒色＞
 I：黒染ボリュームアップ ヘアスプレー
 J：CAX ボリュームアップスプレー ツヤブラック
 K：CAX ボリュームアップスプレー 万能ブラウン
 L：CAX ヘアパウダー ブラック
 M：CAX ヘアパウダー ブラウン
 N：スーパーミリオンヘアー ブラック
 O：スーパーミリオンヘアー ダークブラウン
 P：スーパーミリオンヘアー ミディアムブラウン
 Q：スーパーミリオンヘアー ライトブラウン
 R：その他の増毛スプレー／パウダー
 S：増毛スプレー／パウダーを使ったのは初めて

Q4. 現在実行されている薄毛対策がありましたら、教えてください。（複数選択）

あてはまるものに○をつけてください。

- A：生活習慣への配慮 B：食事への配慮 C：頭皮ケア製品の使用
 D：育毛剤製品の使用 E：増毛スプレー／パウダー製品の使用
 F：ウィッグの使用 G：髪型の工夫 H：AGA治療の内服薬を服用
 I：クリニックでの増毛 J：クリニックでの植毛 K：その他

Q5. 本キャンペーンはご購入のきっかけになりましたか？（単一選択）

近い回答1つに○をつけてください。

- A：きっかけになった B：ややきっかけになった C：どちらともいえない
 D：あまりきっかけにならなかった E：きっかけにならなかった