

テスト提出用紙

以下の項目に記入し、サンプルに使用する髪の毛(体毛)と一緒に同封してください。

個人情報

検査を受ける方のお名前と生年月日、郵便番号を記入してください。

尚、検査はイギリスにて実施されるため、氏名は名前を先に、生年月日は日付から記入してください。

□Mr. □Ms. 名: _____ 姓: _____ 生年月日(日/月/年): / /

郵便番号: _____

□Mr. □Ms. 名: _____ 姓: _____ 生年月日(日/月/年): / /

郵便番号: _____

□Mr. □Ms. 名: _____ 姓: _____ 生年月日(日/月/年): / /

郵便番号: _____

□Mr. □Ms. 名: _____ 姓: _____ 生年月日(日/月/年): / /

郵便番号: _____

検査結果を受信するためのメールアドレスを記入してください。

メールアドレス: _____

ご注文について

購入者名: _____ 注文番号: _____

購入日(日/月/年): _____ お急ぎ便 有料: YES / NO

検査のため、サンプル用の髪を入れた袋に、注文番号、及び郵便番号を明確に記載したラベルを貼って下さい。

全ての項目に記入し、ラベルを貼った髪の毛を同封して下記住所まで送付して下さい。

Allergy Test 日本オフィス 〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-16-20 又カリヤビル6F

必ずお読みください

- 検査には、3cm以上、3~4本の体毛が必要です。
- 体のどの部分の体毛でも構いません。
- 毛根が含まれていることが理想的ですが、必ずしも必要というわけではありません。
- 髪を切る際は、できる限り毛根に近い部分をカットしてください。
- 髪の染色やトリートメントは検査に影響しません。
- 用意した髪の毛が乾燥していることを確認し、小さな密閉袋に入れて気をつけて送付してください。
- アルミホイルなど金属が含まれる包装は避けてください。
- 丈夫な封筒にサンプル用の髪の毛を入れて上記の住所まで送ってください。
- 必ず郵送料金を確認してください。不足していた場合は手続きが遅れる場合がございます。
- 尚、不足分の料金等、弊社が支払う責任を負わない旨、ご了承下さい。返送させていただくこともございます。
- 検査に影響が出ることのないように、異物など他のものが混入しないよう、くれぐれもご注意ください。
- お手数ですが、全ての項目について送付前にもう一度よくご確認ください。

お問い合わせは下記メールアドレス、もしくはライブチャットにて承ります。

カスタマーサービス 月曜日から金曜日 24時間

Email: info@testyourintolerance.com Website: www.allergytest.jp