

特定商取引法に基づく表記

販売者名	予防医研 FOMAN
総責任者	三好康介
所在地	徳島県徳島市新浜本町 3 丁目 6-10
電話番号	090-1573-0206
メールアドレス	prog344@gmail.com
URL	https://www.foman.jp
支払い方法	銀行振込 郵便振替
商品代金以外の 必要金額	通常の検査キットの送料は無料になります。
販売数量	1 個から
お申し込み有効期限	お申込日から 7 日以内にご入金をお願い致します ご入金がない場合はキャンセルとさせていただきます
商品引き渡し時期	お振込みの場合、ご入金日の翌営業日に発送致します お申込日に翌日に発送致します
商品引き渡し方法	当方にて手配後、運送会社による配送
交換・返品に関して	<p>【交換に関して】 検査キットは毛髪入れ封筒と採取方法資料一式ですので 破損は基本的にございませんが、不良品の場合は、弊社までご連絡ください。弊社より返品用封筒を送付します。送料は弊社負担で早急に新品をご送付致します。</p> <p>【返品対象】 「キャンセルの場合」</p> <p>【返品時期】 商品発送日から 10 日以内にご連絡があった場合に返金可能になります</p> <p>【返品方法】 メールもしくはお電話にて返金要請してください 返金要請日より 3 日以内に返品用封筒を発送致します。 返品の到着日の翌営業日にご購入代金を指定の口座にお振込み致します。</p> <p>。</p>