

同意書

メディック・シルクフィブロイン代金全額返金 6 カ月モニター

メディック・シルクフィブロイン代金全額返金 6 カ月モニター(以下：当モニター)に参加するにあたり内容についてご同意をいただき開始させていただきます。

当モニターに必要なメディック・シルクフィブロインは 18 箱(ひと箱 15,000 円×18 箱=270,000 円)を購入して頂きます。

当モニターのコースは二種類ございます。

参加にあたってご購入頂きましたメディック・シルクフィブロインの転売は禁止いたします。

20 歳未満の希望者は、親権者の同意が必要です。

検査等の内容は社内外、WEB 等で使用する事を了承いただきます。

A コース

開始前の身長、体重、年齢と医療機関で血液検査を受け検査結果のコピーを提出いただきます。

血液検査必須項目は 1. 総コレステロール 2. LDL 悪玉コレステロール 3. HDL 善玉コレステロール 4. 中性脂肪 5. AST(GOT)肝機能 6. ALT(GPT)肝機能 7. 血糖値の 7 種類をお願いします。

血液検査後にモニターを開始ください。

当モニター中

一日 3 回毎食前（朝昼夜）にメディックシルクフィブロインを一包お召し上がりください。

当モニター終了後

身長、体重、年齢と医療機関で血液検査を受け検査結果のコピーを提出いただきます。

血液検査必須項目は 1. 総コレステロール 2. LDL 悪玉コレステロール 3. HDL 善玉コレステロール 4. 中性脂肪 5. AST(GOT)肝機能 6. ALT(GPT)肝機能 7. 血糖値の 7 種類をお願いします。

数値での変化を実感される為には、2 カ月に 1 度血液検査を受けていただくことをお勧めいたします。

B コース

1 日 1 回体重の記録をつけてください。

当モニター中

一日 3 回毎食前（朝昼夜）にメディックシルクフィブロインを一包お召し上がりください。

当モニター終了後

体重の記録と感想を提出していただきます。

上記内容をクリアした方は当モニター成立と致します。

6 カ月後の当モニター終了後 270,000 円と血液検査費用を指定口座に入金致します。

以上、万が一違反もしくは相違のあった場合は当モニター終了後の返金は致しかねます。

同意書の内容を理解致しました。

ご記入日 年 月 日

住所 〒

電話番号

メールアドレス

御署名

モニター様が20歳未満の方は親権者の同意が必要です。

親権者住所

電話番号

親権者名 印

開始前身長・体重 cm kg

生年月日 西暦 / / 年齢 歳

性別 男性・女性

振込先

銀行

支店

普通・当座

番号

名義 (カナ)

ご紹介者様名