

受付番号		担当	
カネボウ白斑被害相談カード		年	月 日
ふりがな		男・女	職業
御芳名	(歳)		
住所	〒 -		
電話番号	()	(相談者以外の受電時)名乗ってよい・名乗らないでほしい	
FAX	()	携帯番号	
上記以外の希望連絡先			
連絡可能時間			
相談対応弁護士の性別の希望	女性弁護士希望・男性弁護士希望・性別問わない		
使用内容			
化粧品名	()	使用期間	~
	()		~
	()		~
症状について(発症部位等できる限り具体的にご記入ください。)			
			
通院歴(転院された場合も詳しくご記入ください。)			
医療機関名	()	通院時期	~
・所在地	()		~
	()		~
パッチテストを受けられた場合には以下ご記入ください。			
検査日	(月 日)	検査医療機関名	() 結果()
カネボウへの申告をされた場合には以下ご記入ください。			
申告日	(月 日)	担当者	() 担当者連絡先()
備考			