

LAZER クラッシュリプレイスメントプログラム申込書

フリガナ	
お名前	
(申請者が18歳未満の場合) 保護者の方のサイン	
フリガナ	
ご住所	
電話番号	
メールアドレス	
お買い上げ日	
購入店名	
モデル名	
カラー	
サイズ	S M L
返品を希望される理由	
備考	

※破損したヘルメット、購入日がわかるレシート（もしくはクレジットカードの明細書のコピー・控え）を併せて下記のシマノ自転車お客様相談窓口へ送付ください。その際の送料はお客様ご負担となります。

※製品の在庫状況により、モデルやカラーが変更となる場合があります。

その場合、シマノ自転車お客様相談窓口よりメールもしくは電話にてご連絡差し上げます。

※お申込みにあたりましては、本プログラムに関する弊社 WEB ページ：

<https://bike.shimano.com/ja-JP/information/LAZER/crushreplacement.html>

に掲載しております、本プログラムの適用手順、適用条件、ご注意点をよくご確認ください。

なお、弊社へのお申込みをもちまして、これらにご同意いただいたものとみなします。

【お申し込み先】

シマノ自転車お客様相談窓口

〒592-8331 大阪府堺市西区築港新町 1-5-15

0120-495-440(通話料無料)