



## MET CRASH REPLACEMENT PROGRAM申込書

申込日: 年 月 日

お客様情報	フリガナ	
	氏名	
	住所（〒                    ）	
	電話番号	
お買い上げ情報	お買い上げ日	西暦            年    月    日
	購入店名	
	モデル名	
	サイズ（ <input checked="" type="checkbox"/> 選択）	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ASIA-M <input type="checkbox"/> L
	カラー	
破損時の状況	※詳細にご記入ください	

上記事項にご記入いただき、破損したヘルメット、購入証明書（レシート、クレジットカードの明細書等コピー可）、を併せて下記に記載されているミズタニ自転車（株）へ**送料元払いにて**ご送付ください。（送料はお客様のご負担となります）

ヘルメットの在庫状況により、モデルやカラーが変更となる場合があります。

その場合、弊社よりご連絡させていただきます。

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ページをご確認ください。

<https://www.mizutanibike.co.jp/met/crash-program/>

■お申込み先  
ミズタニ自転車株式会社  
〒110-0008 東京都台東区池之端4-8-1  
TEL : 03-5815-3071  
URL <https://www.mizutanibike.co.jp>