

「Rhizopus麴のサプリメント」アンケート記入用紙

性別 (必須)	男・女	年齢 (必須)	歳	お名前 (任意)	
ご住所 (任意)					
電話番号 (任意)			E-Mail (必須)		

※ご記入頂きました個人情報厳重に管理し、第三者に漏えいすることはありません。

1 どのようなことに期待し、飲み始めましたか？

- 更年期障害
 発毛・育毛
 肝機能
 整腸
 その他 ()

2 摂取状況をお教えてください。

摂取量 : 1日 () 粒 【朝 () 粒・昼 () 粒・夜 () 粒】
 摂取期間 : () 日間 ※摂取量の目安は1日3粒です。

3 摂取前と摂取後で症状の変化があればお教えてください。

<摂取前>	<摂取後>
-------	-------

4 飲み始めた目的以外に、摂取後の体調の変化があればお教えてください。

5 Rhizopus麴のサプリメントを今後も継続して飲みたいと思いますか？

- 継続して飲みたいと思う
 体調次第では飲みたいと思う
 飲みたいと思わない (理由:)

6 ご意見・ご要望・ご感想等ございましたらご記入ください。

ご記入後、お手数ですが F A Xをお願い致します。 **FAX : 0120-856-643**

ご協力、誠にありがとうございました。 株式会社牛越生理学研究所