

販売会場に関するアンケート

2023年11月～12月にクローズした販売会場についてご質問します。

各質問について、「はい」または「いいえ」で回答してください。

なお、このアンケートは、販売会場における事実の確認のみを目的としており、回答する社員の評価には全く関係ありません。また、氏名を公表することはありません。したがって、事実の通りの回答をお願い致します。

回答日.....年 月 日

会場名.....

クローズ日.....年 月 日

開催場所.....県.....市(郡)

販売会社.....

担当者氏名.....

質問1 家庭用電位治療器の効果として、以下の内容を説明したことがありますか？

- | | |
|------------------------------|----------|
| ・血圧が下がる人もいる | はい / いいえ |
| ・鬱にも効果がある | はい / いいえ |
| ・糖尿病もよくなる | はい / いいえ |
| ・コレステロール、中性脂肪(の数値)も良くなる | はい / いいえ |
| ・アトピーにも効く | はい / いいえ |
| ・花粉症も良くなる | はい / いいえ |
| ・腱板断裂したために上がらなくなった肩も上がるようになる | はい / いいえ |

質問2 会場に来場されたお客様の中で、以下の内容の発言をした方はいましたか？

- | | |
|------------------------------|----------|
| ・血圧が下がる人もいる | はい / いいえ |
| ・鬱にも効果がある | はい / いいえ |
| ・糖尿病もよくなる | はい / いいえ |
| ・コレステロール、中性脂肪(の数値)も良くなる | はい / いいえ |
| ・アトピーにも効く | はい / いいえ |
| ・花粉症も良くなる | はい / いいえ |
| ・腱板断裂したために上がらなくなった肩も上がるようになる | はい / いいえ |

質問3 以下の効果が期待できるとして、家庭用電位治療器を販売したことはありますか？

- | | |
|------------------------------|----------|
| ・血圧が下がる人もいる | はい / いいえ |
| ・鬱にも効果がある | はい / いいえ |
| ・糖尿病もよくなる | はい / いいえ |
| ・コレステロール、中性脂肪(の数値)も良くなる | はい / いいえ |
| ・アトピーにも効く | はい / いいえ |
| ・花粉症も良くなる | はい / いいえ |
| ・腱板断裂したために上がらなくなった肩も上がるようになる | はい / いいえ |

質問4 全てのトークで、家庭用電位治療器の効果が「頭痛・肩こり・不眠症および慢性便秘の緩解」のみに限定されていることを説明していましたか？

はい / いいえ

質問5 家庭用電位治療器の購入を希望するお客様に対して、商品購入契約書に含まれる同意書をもとに、家庭用電位治療器の効果が「頭痛・肩こり・不眠症および慢性便秘の緩解」のみに限定されていることを説明していましたか？

はい / いいえ

質問6 会場内の全てのお客様から見える位置に、「家庭用電位治療器の効果 POP」を掲示していましたか？

はい / いいえ

以上

住 所：
会 社 名：
代表取締役：

ご署名日：(西暦) 年 月 日

ご住所：

ご氏名：

同意書

私は、下記の各事項について十分に理解し、同意した上で、貴社商品を貴社より購入します。
なお、貴社商品の購入の申し込みは本冊子5ページにて締結する商品購入契約書をもって行うものとし、本同意書の締結は貴社商品の購入を意味するものではないことを申し添えます。

記

1. 電位治療器「イアシス RS-14000」(以下、「本治療器」と言います。)の効果について
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(以下、「薬機法」と言います。)上認められている、本治療器の効果は「頭痛・肩こり・不眠症及び慢性便秘の緩解」であることについて、貴社より説明を受け理解しています。
また、本治療器は病気及び疾患等の治療あるいは予防の効果を保証するものではなく、また血流の改善に直接作用するものではないことについて、貴社より説明を受け理解しています。
2. 本治療器の禁忌事項に関し、以下の事項について、貴社より説明を受け理解しています。
 - 心臓病と診断され、日常の過激な運動を制限されている方は使用しないでください。
 - 下記のような医用電気機器との併用は、影響を与える可能性があるため使用しないでください。
 - ・ペースメーカ、植込み型除細動器などの電磁障害の影響を受けやすい体内植込み型医用電気機器 / 人工心肺などの生命維持用医用電気機器
 - ・心電計などの装着形の医用電気機器
 - 妊娠初期の不安定期又は出産直後の方は使用しないでください。
3. アクアリッチシリーズ(浄水器)購入時のトータルメンテナンスサービス契約(以下、「MTS契約」と言います。)について
設置工事からアフターメンテナンスに関わる「MTS契約」について、別紙A4サイズ片面の「アクアリッチシリーズご購入にあたっての重要事項確認書」を元に、貴社より説明を受け理解しています。
4. クーリングオフについて
本冊子3ページ目に記載の「売買契約の撤回・解除(クーリングオフ)」について説明を受け理解しています。

以上

会社用

■購入契約ご希望のお客様へ■ この度のご購入契約誠にありがとうございます。商品購入契約書にご記入いただきます前に、下記をご精読・ご同意いただきますようお願いいたします。

個人情報の取扱いに関する同意事項

(以下「当社」)並びにコスモヘルス株式会社及びそのグループ会社(以下「当社グループ」)は、当社の取り扱う商品(以下「当社商品」)を利用されるお客様(以下「お客様」)の個人情報を、下記の通り取扱いいたします。

- お客様の個人情報は、当社及び当社グループの商品・サービスに直接関連する範囲内において、個人情報の保護に関する法律(以下「個人情報保護法」)に依り、適切かつ公正に取扱います。
- 当社がお客様の個人情報を取得する目的は以下の通りです。
 - お客様が申込みされた、資料請求、説明希望、お問い合わせ等への情報提供をするため。
 - 当社及び当社グループの商品・サービスを提供するため。
 - 当社及び当社グループの商品・サービスを提供するための設置、メンテナンス及びアフターサービスのため。
 - 当社及び当社グループの商品・サービスの購入料金等の徴収のため。
 - 当社及び当社グループの商品・サービスの品質向上等を目的とした、個人情報の集計、分析のため。
 - お客様が申込みされた各種申込書を回収するため。
 - 当社及び当社グループの取り扱う新商品・新サービスのご紹介をするため。
 - その他上記項目に付随する業務のため。
- 当社は、上記記載の目的のため、以下の個人情報を取得することがあり、お客様はこれに同意します。
 - 氏名、住所、電話番号、FAX番号、メールアドレス、商品購入履歴、クレジットご契約時の審査内容、住所変更等に伴う名義変更情報、その他当社の情報や当社商品を提供する上で必要な事項(病歴、服薬歴、障害、健康診断結果、医師等からの指導内容等の要配慮個人情報を含みます)。
- お客様の個人情報の取得方法は、下記の通りです。
 - 口頭、文書、電磁的記録媒体、メール・Web画面等に入力された電磁的記録その他の方法(お客様から直接取得する方法以外に、お客様以外から間接的に取得する場合を含みます)
- 当社は、お客様の個人情報について、以下のとおり共同利用を行います。
 - 共同して利用されるお客様の個人情報の項目
 - 氏名、住所、電話番号、FAX番号、メールアドレス、商品購入履歴、クレジットご契約時の審査内容、住所変更等に伴う名義変更情報、その他当社の情報や当社商品を提供する上で必要な事項(病歴、服薬歴、障害、健康診断結果、医師等からの指導内容等の要配慮個人情報を含みます)。
 - 共同して利用する者の範囲
 - 当社グループ
 - 利用する者の利用目的
 - 上記記載の目的で利用するため
 - 共同して利用するお客様の個人情報の管理について責任を有する者の名称
 - コスモヘルス株式会社
 - 当社は、お客様の個人情報の取扱事務の全部又は一部を、上記記載の目的の範囲内で第三者に委託する場合があります。
 - 当社への個人情報の提供は、任意となっております。但し、提供された情報に不足や誤りがあり、当社及び当社グループの商品・サービスの提供に必要な情報を欠く場合、商品・サービスの全部又は一部を提供できないことがあり、お客様はこれを承諾するものとします。
 - 当社が保有する個人情報につき、個人情報保護法第28条から第30条までに基き、お客様から利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止(以下「個人情報の開示等の請求」)を求められた場合には、本人確認を行い、別途定める手数料の支払を受けた上で、速滞なく対応いたします。もしくは個人情報の取扱いに関するお問合せ、相談、ご意見又は苦情は、以下の窓口までお願いいたします。

コスモヘルス株式会社 個人情報相談窓口
TEL 03-5537-3030 受付時間/午前10:00～午後5:00(土日祝日を除く)
10.当社は、当社の判断により、保有するお客様の個人情報を全て消去できるものとし、お客様から提供された申込書その他の媒体の返却等には応じかねます。

【コスモヘルスお客様相談室】

〒105-0004 東京都港区新橋1-12-9-10F
フリーダイヤル 0120-860-546

特定商取引法による表記

販売会社名

代表者氏名

所在地

電話番号

※商品に万一の瑕疵がありました場合には、各商品の保証期間内において無償で点検・修理をいたします。保証期間等の詳細につきましては、ご購入商品の案内パンフレットをご参照ください。(お客様の過失による故障については、期間内においても有償となりますので、予めご了承ください。)

※法令で認められる場合を除き、クーリングオフ期間又は商品到着から8日間を経過後の当社商品の返品、買上げ、引取等には応じられませんので、予めご了承ください。

1. 売買契約の撤回・解除(クーリングオフ)について

- お客様には、本書面をお受け取りになった日を含む8日間は、書面または以下のお問い合わせフォームへの問い合わせにより無条件に売買契約の申込を撤回(契約解除)すること(以下「クーリングオフ」とします)ができます。
 <お問い合わせフォーム><https://www.cosmohealth.co.jp/contact/>
 ・クーリングオフに関して不実のことを告げられて誤認し、または威迫され困惑してクーリングオフをしなかった時は、改めてクーリングオフができる旨の書面を受領した日を含む8日間を経過するまではクーリングオフができます。
- この場合お客様は、損害賠償や違約金をお支払いいただく必要はなく、また商品の引取りに要する費用は販売会社が負担します。販売会社は、お客様に対して、商品の使用により得られた利益に相当する金銭の支払の請求もいたしません。
- すでに商品代金をお支払いいただいている場合は、速やかに左記販売会社よりその全額の返金をいたします。
- クーリングオフの効力は、下記書面または以下のお問い合わせフォームでのお問い合わせを発信した時から生じます。

<お問い合わせフォーム><https://www.cosmohealth.co.jp/contact/>

お問い合わせフォームによる場合は、所定の必要事項をご記入いただき「送信する」ボタンを押して頂きますと、受付確認メールが届きます。受付確認メールが届かない場合には、お客様からのお問い合わせが送信されていない可能性がありますので、改めてお問い合わせフォームにてご通知頂か、販売会社にご連絡をお願いいたします。

ハガキの場合は、下図にある必要事項をご記入いただき、左記販売会社までご郵送ください。

2. 商品到着から8日間以内の返金保証について

万が一、お送りした商品にご満足いただけなかった場合は、商品のお届けから8日間以内であれば、以下の条件・手続きのもと、使用・未使用にかかわらず、故意に破損されていない場合を除いて、代金全額を返金いたします。
 返金をご希望の方は、商品お届け後8日間以内に、ハガキの場合は、住所、氏名、電話番号、返品希望である旨(返金先口座情報)をご記載の上、左記販売会社までご郵送ください。
 お問い合わせフォームによる場合は、所定の必要事項をご記入いただき「送信する」ボタンを押して頂きますと、受付確認メールが届きます。受付確認メールが届かない場合には、お客様からのお問い合わせが送信されていない可能性がありますので、改めてお問い合わせフォームにてご通知頂か、販売会社にご連絡をお願いいたします。
 ご希望を受領次第、販売会社又はお客様相談室からご連絡いたします。
 その指示にしたがって商品を返送いただけましたら、代金全額をお返しいたします。

■お問い合わせフォーム
<https://www.cosmohealth.co.jp/contact/>

■ハガキの場合

(オモテ)

郵便はがき

販売会社住所

販売会社名

(ウラ)

1. クーリングオフの場合

契約解除(申込撤回)通知

契約日 ○年○月○日
 申込撤回日 ○年○月○日
 販売会社名 ○○○○
 商品名 ○○○○

上記の契約(申込)はクーリングオフします。

お客様ご氏名 ○○○○
 お客様ご住所 ○○○○
 お客様電話番号 ○○○○

返金先口座(クレジットでご購入の場合には、記載は不要です)
 銀行名 ○○○○
 支店名 ○○○○
 口座種別 ○○○○
 口座番号 ○○○○
 口座名義人 ○○○○

2. 商品到着から8日間以内の返金保証の場合

返品申し込み書

契約日 ○年○月○日
 商品到着日 ○年○月○日
 返品申込日 ○年○月○日
 販売会社名 ○○○○
 返品希望商品 ○○○○

商品到着から8日以内なので、上記の商品の返品を申し込みます。

お客様ご氏名 ○○○○
 お客様ご住所 ○○○○
 お客様電話番号 ○○○○
 返品を希望される理由 ○○○○

返金先口座(クレジットでご購入の場合には、記載は不要です)
 銀行名 ○○○○
 支店名 ○○○○
 口座種別 ○○○○
 口座番号 ○○○○
 口座名義人 ○○○○

全てのご質問・お問い合わせ先

【コスモヘルス 総合受付窓口】

コスモヘルスお客様相談室 フリーダイヤル 0120-860-546
〒105-0004 東京都港区新橋1-12-9-10F

お客様にお渡しください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 31



Iasos

イアシス 電位治療器

RS-14000の効果

(医療機器認証番号/226AKBZX00033000)



頭痛・肩こり・
不眠症・慢性便秘 の緩解

上記以外の病気や症状に対する効果は認められておりません。

日ホ協発第 109 号
令和 5 年 9 月 1 日

各 位

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会
会 長 山 本 富 造

ホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習の開催について（ご案内）

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当協会の各種事業にご支援ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当協会主催による「ホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習」は、会員・非会員を問わず、ホームヘルス機器業界のすべての部門に従事する者を対象として、別紙のとおり開催いたしますのでご案内します。

ホームヘルス機器は、人々の健康を支える重要な機器です。超高齢社会を迎え、近年は自らの美容・健康への意識や関心の高まりもあって、ホームヘルス機器に対する期待や社会的責任は益々増してきています。その期待や社会的責任に応え、ホームヘルス機器を広く普及していくには、業界に携わるすべての人が正しい知識を習得し、社会的責任を常に意識して行動することが大切です。

本講習は、ホームヘルス機器を購入されるお客様が安心・安全にお使いいただくための情報提供のあり方や倫理等について、より理解を深めていただく内容となっておりますので、受講されるようご伝声を賜り、多くの皆様に受講していただきますようご協力方お願いいたします。

敬具

ホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習（協会主催）のご案内

1. 受講方法及び受講期間

本年度は、事前に収録した講義動画を会社やご自宅等から視聴していただくWEB配信により開催いたします。なお、視聴方法等につきましては、お申込み後に受講票と併せて説明書をお送りいたします。

受講方法	事前に収録した講義動画をPC、スマホ・タブレット端末等から受講
受講期間	令和5年10月2日（月）10時00分～令和6年3月25日（月）12時00分 ※受講票及び視聴方法説明書がお手元に届いてから視聴していただけます。

※動画の視聴には大量のデータ（パケット）通信が必要となり、携帯・通信キャリア各社にて通信料が発生しますので、スマホ・タブレット端末等でご視聴の場合は、Wi-Fi環境でのご使用を推奨します。なお、発生したデータ通信費用等は、受講者様のご負担となりますので、予めご了承ください。

2. カリキュラム

科 目	時 間
開講挨拶	5分
講習 第1章 コンプライアンスの重要性 第2章 違反事例と法規制 第3章 機器を安全にご使用いただくために	約120分
テストの実施方法等について	3分

※カリキュラムは予告なく変更する場合がございます。

3. 受講対象者

ホームヘルス機器業界に携わる者

4. 受講料

受講者	費 用
・会員企業（正会員、企業賛助会員、特別賛助会員） ・会員企業の製品を販売している取引先企業	3,000円（税込み）
上記以外の方	5,000円（税込み）

5. お申込み期間

令和5年9月4日（月）～令和6年3月15日（金）

6. お申込み方法

詳細につきましては、次頁の「ホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習（協会主催）の申込み方法」をご覧ください。

7. お申込みの留意点

① はじめて受講される方

本講習は、1名様からお申込みいただけます。企業ごとに複数名でお申込みされる場合は、ご担当者様が取りまとめの上、お申込みください。

② 既に認定証をお持ちの方（更新をされる方）

認定証に記載の有効期限までに受講し、更新をしてください。

ホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習（協会主催）の申込み方法

1. お申込みに必要な書類

(1) 申込書

本書に同封の「協会主催によるホームヘルス機器コンプライアンスマスター講習申込書」に必要事項を記入してください。

※申込書は、会員用、会員企業の製品を販売している取引先企業用及び一般の方（非会員）用がありますので、該当する申込書用紙にご記入ください。

(2) 受講料の振込受領書のコピー

本講習の受講料は、次の銀行口座にお振込みください。

お振込先	銀行名	みずほ銀行 本郷支店
	預金種別	普通預金
	口座番号	2938768
	口座名	一般社団法人日本ホームヘルス機器協会

(注1) 受講料は1名につき3,000円または5,000円です(別紙1「4. 受講料」をご確認ください)。

(注2) 振込手数料は、お申込者様のご負担とさせていただきます。

(注3) お振込み後は、返金いたしかねますので、予めご了承ください。

(3) 写真

受講者1名につき1枚、裏に必ず氏名を記入してください。

- ・縦3センチ×横2.4センチ(ふちなし)
- ・3ヵ月以内に撮影したもの
- ・鮮明であること(焦点が合っていること)
- ・変色していないもの、傷や汚れのないもの
- ・デジタル写真の場合、写真専用紙等を使用し、画質が適切であること
- ・無帽、正面、受講者本人のみを撮影したもの
- ・カラーでも白黒でも可
- ・明るさやコントラストが適切であること

2. 受講のお申込み

「1. お申込みに必要な書類」を下記宛にご郵送ください。

なお、お送り頂いた書類は、返却いたしかねますので、予めご了承ください。

〒113-0034 東京都文京区湯島4-1-11 南山堂ビル5F
一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 マスター講習事務局
電話番号：03-5805-6131 FAX：03-5805-6135
当協会ホームページ：<https://www.hapi.or.jp/>

3. 受講者の変更

受講申込み後に受講者を変更する場合は、事前にマスター講習事務局へご相談ください。

4. 受講票及び視聴方法説明書の送付

当協会にて申込書類を確認後、郵送します。

5. 認定証の交付について

(1) 本講習の受講後に行う試験の合格者(択一式10問中7問正解)には、後日、「ホームヘルス機器コンプライアンスマスター認定証」を発行します。

(2) 認定証の紛失、破損などには十分ご注意ください。再発行には手数料(消費税込み1,000円)が必要です。