

平成26年1月24日

カネボウ化粧品による被害者の皆様

カネボウ化粧品被害対策北海道弁護士団  
団 長 八 十 島 保  
事務局長 山 田 裕 輝

## 被害者説明会のお知らせ

前略

このたび、カネボウ化粧品被害対策北海道弁護士団を結成し、当弁護士団において、カネボウ化粧品による被害者の皆様に向けた説明会を実施することになりましたので、ご案内させていただきます。

現在、カネボウから医療費等が支払われておりますが、今後、医療費等がいつまで支払われるのか、また、他の補償等についてカネボウから適切な対応がされるのか、いずれも不透明な状態であります。そこで、カネボウと交渉等をして、カネボウ化粧品により被害を受けた皆様に救済するために、弁護士団を結成することとなりました。

当弁護士団において、被害者説明会を開催し、カネボウ化粧品による被害の現状、カネボウの対応、当弁護士団としての活動予定や費用等についてご説明させていただきたいと思っております。下記の日程で説明会を開催いたしますので、参加をご希望される方は、特に事前のご連絡等は不要ですので、下記場所に直接お越しください。

なお、後日当弁護士団による個別相談をご希望される方は、同封いたしました相談票にご記入の上、説明会にご持参ください（個別相談をご希望される方で説明会への参加ができない方は、相談票を後記【お問い合わせ先】まで郵送またはFAXにてお送り下さい）。

何かご不明な点がございましたら、後記お問い合わせ先までご連絡ください。

草々

記

日時 平成26年2月22日（土）午後1時から

場所 札幌市中央区北1条西10丁目 札幌弁護士会館 5階

### 【お問い合わせ先】

〒060-0042 札幌市中央区大通西10丁目南大通ビル9階

八十島法律事務所

TEL 011-204-8101 / FAX 011-204-8102

カネボウ化粧品被害対策北海道弁護士団

団長 弁護士 八 十 島 保

カネボウ化粧品被害相談票

受付番号	
担当弁護士	

<b>1 相談者</b>									
相談者氏名					被害者との関係				
被害者氏名					電話	(連絡の要・否)			
					携帯電話	(連絡の要・否)			
住所							性別	年齢	
							男・女	歳	
<b>2 購入商品</b> ※1 使用していた商品に○をする									
	商品名	カネボウフランチール	suisai	トワニー	インプレス	アクアリーフ	㈱リサーチ	㈱エキップRMK	SUQQU
①	クレンジング			クレンジング			オイルクレンジング	クレンジングミルク	
②	洗顔			ソープ			クリームソープ	フォームソープ	
③	化粧水	ローション		ローション	ローション		スキンメンテナイザー	スキンチューナー	ローション
④	美容液	UVエッセンス	エッセンス	セラム		エッセンス	サーキュリット	エッセンス	エッセンス
⑤	乳液	ミルク			エマルジョン				エマルジョン
⑥	クリーム	クリーム					リペアクリーム		
⑦	マスク	マスク		マスク	マスク				
⑧	その他			ミスト					
⑨	カネボウ以外の化粧品	会社名				商品名			
<b>3 購入時期</b>					<b>4 購入場所・方法</b> (履歴が残っているかどうか)				
<b>5 使用期間</b> H . . . . . ~ H . . . . .					<b>6 使用方法・使用箇所</b> (重ねづけ、コットンでパックしたなど)				
<b>7 白斑の症状</b> <input type="checkbox"/> 現在もある <input type="checkbox"/> 過去にあったが完治した <input type="checkbox"/> ない(他の症状: )									
発症の期間	H . . . . . ~ H . . . . .			使用中止後症状は緩和したか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
部位	顔		首		手		上腕		その他( )
症状 (大きさ・個数又は全体に症状がある場合の大きな部位・範囲及び変化等)	cm × 個		cm × 個		cm × 個		cm × 個		cm × 個
生活上の支障	※具体的に								
<b>8 通院の有無</b>									
病院名					治療方法				
医師による診断内容									
既往症の有無	<input type="checkbox"/> ある(既往症の病名: ) <input type="checkbox"/> ない								
<b>9 カネボウとの交渉の有無</b> <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない									
<input type="checkbox"/> 商品が回収された									
<input type="checkbox"/> お金が返金された 円									
<input type="checkbox"/> 治療費の支払いを受けた <input type="checkbox"/> 全ての支払いを受けた又は現在も受けている 円									
<input type="checkbox"/> 治療費以外にも支払いを受けている(支払項目・金額: )									
<input type="checkbox"/> 今後の予定についての説明がされている ( )									
<b>10 今後のことについて</b>									
・説明会を開催する場合にはその参加を希望するか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・説明会を開催する場合に案内文送付の可否 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
・カネボウの対応に不満があるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (どのようなことに対して不満を有しているか )									
<input type="checkbox"/> その他									