

◆香りのアンケート◆

1. 香り付きの洗剤・柔軟剤・消臭除菌スプレー・制汗剤・芳香剤などを使っていますか？

使っている（商品名 _____） 使っていない

2. 香りが気になった場所がありますか？（複数可）

バス 電車 公共施設 スーパー ドラックストア タクシー
学校 幼稚園 保育園 コインランドリー カフェ エレベーター
ベランダ 階段（その他 _____）

3. 香りに関する悩みはありますか？

ない あるいはある（ _____ ）

4. 不快になったり、気になったりするのなぜだと思いますか？

5. 合成香料など化学物質による人体への影響を知っていますか？ 聞いたことがある 知っている 知らない

アンケートへのご協力ありがとうございました。

よろしければ、ご連絡先をご記入ください。学習会などの情報をお知らせします。

お名前 _____

ご連絡先（住所又はメールアドレス）

*ご記入後、印刷して、FAXで送ってください。

日野ネット FAX番号 042-514-8697