

CASE OF THE MONTH

月号解答応募用紙

月号をご記入ください。fax でお送りください

(株) Gakken メディカル出版事業部 「画像診断」編集 行
fax: 03-6431-1214

◆最終診断：

◆根拠(簡単でも結構ですので必ずお書きください)：

フリガナ			
お名前			
勤務先(ご所属まで詳しくお書きください)			
〒			
自宅住所(粗品送付先として自宅を希望される場合にお知らせください)			
〒			
電話	-	-	(自宅/勤務先)
fax	-	-	(自宅/勤務先)
e-mail			

* WEB フォームからも解答応募できます。画像診断ホームページから「Case of the Month 解答用紙 WEB フォーム」へアクセスください。なお、回答はお1人につき1つとさせていただきます。複数回ご応募いただいた場合は、一番最後にいただいたご回答を採用いたします。

* 正解者の中から抽選で粗品を進呈いたします。当選者の発表は商品の発送をもって代えさせていただきます。

* ご記入いただいた個人情報(住所や名前など)は、商品・サービスのご案内、企画開発のため、などに使用いたします。

* この回答は、2か月後に掲載する解答編で使用いたします。使用後は回答部分のみ残し、住所・氏名・ご所属の個人情報についてははしかるべきときに復元不可能な状態で廃棄いたします。

* 個人情報に関するお問い合わせは、以下 URL よりお願いいたします。

https://contact.gakken.jp/user/op_enquete.gsp?sid=1&mid=000277oD&hid=5scU5j4hj_0 (お問い合わせフォーム)

* 当社の個人情報保護については、当社ホームページ <https://www.corp-gakken.co.jp/privacypolicy/> をご覧ください。個人情報に関してご同意いただけましたら、お申し込みください。