



Alliance Française

登録カード

年 月 日

<input type="checkbox"/> Monsieur (男性)		<input type="checkbox"/> Madame (女性)	
フリガナ 氏名 :			
(〒 ) 住所(必須) :			
電話番号(必須) :		(自宅・勤務先・携帯)	
		(自宅・勤務先・携帯)	
メールアドレス(必須) :		@	(PC・携帯)
		@	(PC・携帯)
生年月日 :		年	月 日
勤務先または学校名 :			

フランス語学習に関するアンケートにご協力ください。

学習経験	<input type="checkbox"/> 全く初めて	<input type="checkbox"/> 中学・高校・専門	<input type="checkbox"/> 大学の専攻	<input type="checkbox"/> 大学の第2・第3外国語
	<input type="checkbox"/> 国内の語学学校	<input type="checkbox"/> 海外の語学学校	<input type="checkbox"/> 独学、他( )	
学習期間 <small>※学習したことがある方のみご記入ください</small>	<input type="checkbox"/> 6ヵ月未満	<input type="checkbox"/> 約1年	<input type="checkbox"/> 2・3年	<input type="checkbox"/> 3年以上:( )年
渡仏・滞在経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 旅行( )回 <input type="checkbox"/> 短期( )週	<input type="checkbox"/> 中期( )ヵ月	<input type="checkbox"/> 長期( )年
学習動機	<input type="checkbox"/> 趣味/教養	<input type="checkbox"/> 資格取得	<input type="checkbox"/> 留学	<input type="checkbox"/> 仕事
	<input type="checkbox"/> その他( )			

当館の講座をどのようにしてお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 当館ホームページ	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> ご紹介 ※ 紹介者様のご氏名(任意) ( )	
	<input type="checkbox"/> 当館パンフレット → どちらでお取りになりましたか ( )	
	<input type="checkbox"/> 広告 → どちらでご覧になりましたか 地下鉄広告 ・ その他( )	