

もう こ と あ さき にいがた し こくさいこうりゅうきょうかい
申し込み、問い合わせ先：新潟市国際交流協会

でんわ
電話：025-225-2727
FAX：025-225-2733
メール：kyokai@nief.or.jp

いりょうそうだんかい もうしこみようし
医療相談会 申込用紙

ふりがな	性別
お名前	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
英字表記	
年齢 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> その他 (代)	国籍・出身地
連絡先	
① 住所	
② 必ず連絡の取れる電話番号を書いてください。(電話番号/携帯電話番号)	
③ メールアドレス	
希望する時間	<input type="checkbox"/> 10時～11時 <input type="checkbox"/> 11時～12時 <input type="checkbox"/> 13時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～15時
通訳を希望	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ほかの言語はご相談ください。
次回のお知らせ	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
情報入手方法	<input type="checkbox"/> 広報紙かけはし <input type="checkbox"/> 外国語情報紙 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 市報にいがた <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 (代)