

記入日:2024(令和6)年 月 日

2024(令和6)年度 手話通訳者全国統一試験

受験申込書

(注)*欄には記入しないこと

フリガナ			*試験実施団体名 社会福祉法人 千葉県聴覚障害者協会 千葉聴覚障害者センター
氏名			*受験番号
生年月日	(西暦・昭和・平成) 年 月 日生		
住所	〒 —		
	フリガナ		
連絡先	メール		
	TEL		
	FAX		
統一(登録)試験受験経験	<p>① 全国統一試験 (統一試験;平成17年～・登録試験;平成12年～)の受験経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>② 他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> あり →合格 (年度) 実施地域() <input type="checkbox"/> なし</p> <p>③ その他 <input type="checkbox"/> 実践課程修了 →受講会場; 会場(平成 年) <input type="checkbox"/> 通訳Ⅲ修了 →受講会場; 会場(平成・令和 年)</p>		
特記事項	受験にあたって必要な配慮等あればお書きください。		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2024(令和6)年度 手話通訳者全国統一試験

受 験 票

(注)*欄には記入しないこと

*試験実施団体名 社会福祉法人 千葉県聴覚障害者協会 千葉県聴覚障害者センター		*受験番号
*試験会場 千葉県立千葉聾学校 千葉県聴覚障害者センター		
フリガナ		6ヶ月以内撮影 写真貼付 縦 4.0cm×横 3.0cm
氏 名		

2024(令和6)年度 手話通訳者全国統一試験

受理票(実施団体保管)

(注)*欄には記入しないこと

*試験実施団体名 社会福祉法人 千葉県聴覚障害者協会 千葉県聴覚障害者センター		*試験会場 千葉県立千葉聾学校 千葉県聴覚障害者センター	*受験番号	6ヶ月以内撮影 写真貼付 縦 4.0cm×横 3.0cm
フリガナ				
氏 名				
生年月日	(西暦・昭和・平成) 年 月 日生			
住 所	(〒 —)			
連絡先	メール			
	TEL			
	FAX			