

2019（令和元）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		男・女	*試験実施団体名
氏名			公益社団法人札幌聴覚障害者協会
			*受験番号
生年月日	19	（昭和・平成）年	月 日生（満 歳）
現住所	〒 ー		
	都道府県	市町村郡	
	TEL	FAX	
勤務先 （所属部署）	（〒 ー ）		
※屋間の連絡先 として希望する 人のみ記入	TEL	FAX	
統一（登録） 試験受験経験	1) 全国統一試験（統一試験 H17～・登録試験 H12～）の受験経験 <input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> 有る 2) 他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有る → <input type="checkbox"/> 合格した（昭和・平成 ー）年度 → 実施地域（ ー ） <input type="checkbox"/> 無い 3) その他（ ー ）		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2019(令和元)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 公益社団法人札幌聴覚障害者協会		* 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			男 ・ 女	
氏 名				
生年月日	19	(昭和・平成)	年 月 日生	(満 歳)
フリガナ				
現住所	(〒 —)			
	TEL		FAX	

2019(令和元)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 公益社団法人札幌聴覚障害者協会		* 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			男 ・ 女	
氏 名				
生年月日	19	(昭和・平成)	年 月 日生	(満 歳)
フリガナ				
現住所	(〒 —)			
	TEL		FAX	