

記入日：2020（令和2）年 月 日

2020（令和2）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 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） ※屋間の連絡先として希望する人のみ記入	（〒 ー ） 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"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 2）他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有り →合格した（ 年度） →実施地域（ ） <input type="checkbox"/> 無し 3）その他（ ）		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2020(令和2)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	1 9 年 月 日生 (満 歳)			
フリガナ				
現住所	(〒 —)			
	TEL		FAX	

2020(令和2)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	1 9 年 月 日生 (満 歳)			
フリガナ				
現住所	(〒 —)			
	TEL		FAX	