

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 一般社団法人茨城県聴覚障害者協会		* 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	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 一般社団法人茨城県聴覚障害者協会		* 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	年 月 日生 (満 歳)			
フリガナ				
現住所	(〒 —)			
	TEL		FAX	