

2017（平成 29）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			一般社団法人 茨城県聴覚障害者協会
			* 受験番号
生年月日	19 (昭和・平成 ) 年 月 日生 (満 歳)		
現住所	〒 — 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	(〒 — ) 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 ) 年度 →実施地域 ( ) <input type="checkbox"/> 無い 3) その他 ( )		

\*以外の項目はすべて記入して下さい

2017(平成 29)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	19 (昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)			
フリガナ				
現住所	(〒 — )			
	TEL		FAX	

2017(平成 29)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	19 (昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)			
フリガナ				
現住所	(〒 — )			
	TEL		FAX	