

受付番号	平 29-
------	-------

2017（平成 29）年度茨城県登録手話通訳者認定試験申込書

平成 年 月 日

ふりがな		
氏 名		
住 所	〒	
電話番号	()	
FAX 番号	()	
職業（所属学校）		
手話学習経験	手話奉仕員養成講座（ 市（町・村） 年度修了） 手話通訳者養成講座（ 年度修了） 手話サークル（ 市（町・村） 年間） その他（ ）（ 年間）	
受験申込の理由		