

2018（平成30）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	〒 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 □ 無い □ 有る 2) 他の手話通訳試験の受験経験 □ 有る → □合格した(昭和・平成)年度 → 実施地域() □ 無い 3) その他()		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2018(平成 30)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			

2018(平成 30)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			