

記入日：2023（令和5）年 月 日

2023（令和5）年度 手話通訳者全国统一試験

受験申込書

（注）＊欄には記入しないこと

|  |   |               |
|--|---|---------------|
| フリガナ                                   |   | *試験実施団体名      |
| 氏名                                     |   | 埼玉聴覚障害者情報センター |
|  |   | *受験番号         |
| 生年月日                                   | 西暦（昭和・平成）年 月 日生（ 歳）   |               |
| 現住所<br>※電話番号は、昼間連絡がとれる番号を記入            | （〒 ー ）<br>都道府県 市町村郡<br>TEL FAX  |               |
| 勤務先<br>（所属部署）<br>※昼間の連絡先として希望する人のみ記入   | （〒 ー ）<br>TEL FAX   |               |
| 受験資格<br>※□に✓をいれる<br>※修了・見込みのいずれかに○をつける | □1）埼玉県手話通訳者養成講習会修了者 <input type="text"/> 修了年度 年（修了・見込み）<br>□2-1）（ <input type="text"/> 市町村等）手話通訳者養成講習会修了者<br><input type="text"/> 修了年度 年（修了・見込み）<br>□2-2）埼玉県手話通訳者養成講習会の修了者と同程度の技術を有する者<br>その理由（ <input type="text"/> ）  |               |
| 試験受験経験                                 | 1）全国统一試験の受験経験<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>2）他の手話通訳試験の受験経験<br><input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 合格（ <input type="text"/> ）年度<br>実施地域（ <input type="text"/> ）<br>→ <input type="checkbox"/> 不合格<br><input type="checkbox"/> 無 |               |

\* 以外の項目はすべて記入して下さい