

記入日：2024（令和6）年 月 日

2024（令和6）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 | | *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 ※電話番号は、屋間連絡がとれる番号を記入 | （〒 ー ） 都道 市町 府県 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 | |
| 受験資格 ※□に✓をいれる ※修了・見込みのいずれかに○をつける | <input type="checkbox"/> 1) 埼玉県手話通訳者養成講習会修了者 <input type="checkbox"/> 修了年度 年(修了・見込み) <input type="checkbox"/> 2-1) (市町村等) 手話通訳者養成講習会修了者 <input type="checkbox"/> 修了年度 年(修了・見込み) <input type="checkbox"/> 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 その理由 () | |
| 試験受験経験 | 1) 全国統一試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2) 他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 合格 () 年度 実施地域 () → <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 特記事項 | 受験にあたって必要な配慮等あればお書きください。 | |

* 以外の項目はすべて記入して下さい