

受 験 申 込 書

受験申込書に記載する氏名は、合格証書に使用するため、戸籍等公的書類で確認できるものと同一文字を楷書で丁寧に記載してください。

(注)* 欄には記入しないこと

フリガナ			* 受験番号
氏 名			
生 年 月 日	西暦 年（昭和・平成 年） 月 日生（満 歳）		
現 住 所	〒 府 県 市 町		
	TEL FAX		
勤 務 先 (滋賀県以外にお 住まいの方のみご 記入ください)	名 称		
	所在地		
	TEL		
手話学習歴 (手話奉仕員養成講座・手話通訳者養成講座・手話サークルなど)	期 間		内 容
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	年 月 日～ 年 月 日まで・継続中		
	※滋賀県以外で手話通訳者養成講座を修了した場合、修了証の写しを添付のこと		
受験の有無	() 初めて受験する () 過去に同試験を受けたことあり（平成・令和 年度）		
2025年 月 日			★日付と氏名の記入忘れ注意★
滋賀県立聴覚障害者センター 様			
氏 名			

※記入漏れがないか十分にご確認ください。

2025 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		* 受験番号
滋賀県立聴覚障害者センター		
フリガナ		
氏 名		6ヶ月以内撮影 写真貼付 縦 4.0cm×横 3.0cm

2025 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		* 受験番号		6ヶ月以内撮影 写真貼付 縦 4.0cm × 横 3.0cm
滋賀県立聴覚障害者センター				
フリガナ				
氏 名				
生年月日	西暦 (昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)			
住 所	(〒 —)			
連 絡 先	【 T E L 】 【 F A X 】			
	【 E メール 】			