

受 験 申 込 書

(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	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		
※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)		
2024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。

2024(令和6)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 滋賀県立聴覚障害者センター		* 受験番号
フリガナ		
氏名		6ヶ月以内撮影 写真貼付 縦4.0cm×横3.0cm

2024(令和6)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 滋賀県立聴覚障害者センター		* 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			
氏名			
生年月日	西暦 (昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)		
住所	(〒 —)		
連絡先	【TEL】		【FAX】
	【Eメール】		