

2019（令和元）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 佐賀県聴覚障害者サポートセンター
氏名			*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		
	<p>該当するものに○をつけてください。</p> <p>・手話通訳者養成講座受講歴</p> <p>通訳Ⅰ（旧・基本課程） 修了（ ） 未修了（ ）</p> <p>通訳Ⅱ（旧・応用課程） 修了（ ） 未修了（ ）</p> <p>通訳Ⅲ（旧・実践課程） 修了（ ） 未修了（ ）</p>		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2019(令和元)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 佐賀県聴覚障害者サポートセンター		* 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		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			

2019(令和元)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 佐賀県聴覚障害者サポートセンター		* 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		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			