

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	男 ・ 女 ・ その他	*受験番号	
生年月日	( 西暦 ・ 昭和 ・ 平成 )                      年      月      日 生		
住 所	〒              —		
	フリガナ		
連絡先	メール		
	TEL		
	FAX		
統一(登録) 試験受験経験	<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>		
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

## 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
フリガナ		6ヶ月以内撮影 写真貼付  縦 4.0cm×横 3.0cm
氏名		

## 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			
氏名			
生年月日	(西暦・昭和・平成) 年 月 日生		
住所	(〒 — )		
連絡先	メール		
	TEL		
	FAX		

再発行

3-(3)

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 佐賀県聴覚障害者サポートセンター		*受験番号
フリガナ		6ヶ月以内撮影 写真貼付  縦 4.0cm×横 3.0cm
氏名		

再発行

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

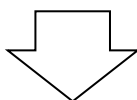
*試験実施団体名 佐賀県聴覚障害者サポートセンター		*受験番号
フリガナ		6ヶ月以内撮影 写真貼付  縦 4.0cm×横 3.0cm
氏名		

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

## 受験申込内容変更届

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	
氏名 (申込時の氏名)			
変更事項 (該当に○)	氏名・住所・電話番号・メールアドレス その他( )		
変更前			



変更後			
-----	--	--	--