

平成 2 9 年度秋田県意思疎通支援者（手話通訳）登録試験

受 験 申 込 書

フリガナ		男 ・ 女	※試験実施団体名 秋田県聴覚障害者支援センター
氏 名			※受験番号
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)		
現住所	〒 ー 都道 市町 府県 村郡  TEL FAX		
連絡先 (日中連絡先)	TEL (携帯・職場) ー ー		
受験経験	1) 全国統一試験 ( 有 ・ 無 ) 2) 手話通訳技能認定試験 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 合格 (平成・昭和 年度・受験地: ) 3) その他 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 合格 (平成・昭和 年度・受験地: ) 試験名: _____		