

記入日：2020（令和2）年 月 日

### 2020（令和2）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 秋田県聴覚障害者支援センター
氏名			*受験番号
生年月日	19 (昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)		
現住所	〒 _____ 都道 市町 府県 村郡 TEL _____ FAX _____ メールアドレス _____		
勤務先 (所属部署) ※昼間の連絡先 として希望する 人のみ記入	(〒 _____ ) TEL _____ FAX _____		
統一（登録） 試験受験経験	1) 全国統一試験（統一試験 H17～・登録試験 H12～）の受験経験 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 2) 他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有り → <input type="checkbox"/> 合格した（昭和・平成 _____）年度 →実施地域（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無し 3) その他（ _____ ）		

\* 以外の項目はすべて記入して下さい

2020(令和2)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 秋田県聴覚障害者支援センター		* 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	

2020(令和2)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 秋田県聴覚障害者支援センター		* 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	