

2015（平成 27）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 一般社団法人 山形県聴覚障害者協会
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	(〒 —) 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"/> 無い <input type="checkbox"/> 有る 2) 他の手話通訳試験の受験経験 <input type="checkbox"/> 有る → <input type="checkbox"/> 合格した（昭和・平成) 年度 →実施地域（) <input type="checkbox"/> 無い 3) その他（)		

* 以外の項目はすべて記入して下さい

2015(平成 27)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 一般社団法人山形県聴覚障害者協会		* 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	

2015(平成 27)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 一般社団法人山形県聴覚障害者協会		* 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	