記入日：令和6年　　月　　日

様式２

2024（令和6）年度　手話通訳者全国統一試験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ＊試験実施団体名**埼玉聴覚障害者情報センター** |
| 氏　　名 |  |
| ＊受験番号 |
| 生年月日 | 西暦　　　（昭和・平成　　）年月　　　日生　（満　　　歳） |
| 現住所電話番号は昼間連絡が取れる番号を記入 | 〒　　　　　―都道　　　　　　　　　市町府県　　　　　　　  村郡ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 勤務先（所属部署）昼間の連絡先として希望する場合のみ記入 | （〒　　　―　　　　）　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 受験資格 | １）（　　　　　　県市町村）　手話通訳者養成講習会修了者　　修了年度(　修了・見込み）　　　年　修了・見込みのいずれかに○をつける２）埼玉県手話通訳者養成講習会の修了者と同程度の技術を有する者(その理由　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 統一（登録）試験等受験経験 | １）全国統一試験の受験経験□ 有　　　　　　　　□ 無２）他の手話通訳試験の受験経験□ 有　　→□合格（昭和・平成・令和　　　　　　　　）年度実施主体（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 →□不合格□ 無 |
| 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。 |
| ※埼玉県手話通訳者として活動することについて 　　**希望する　・　希望しない**いずれかに○をつける希望する場合、この試験に合格した後、令和７年３月１５日(土)に実施する、埼玉県手話通訳者試験二次試験を受験すること。（詳細は「埼玉県手話通訳者試験の案内」参照） |

受 験 申 込 書