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