

整理番号 ※

受験番号 ※

（注）上記※には記入しない事

京 都 府 手 話 通 訳 者 試 験 受 験 登 録 申 込 書

年 月 日

京都府知事 様

申込者氏名

印

私は京都府手話通訳者試験を受け京都府手話通訳者の登録を希望しますので次の通り申し込みます。

フリガナ 氏 名			
性 別	男 ・ 女		
活動できる 時間帯	(時間・曜日等)		
生年月日	年	月	日 (満 歳)
住 所 (連絡先)	〒 (TEL・FAX — —)		
車椅子使用等による特別な配慮の有無		1. 有 2. 無	
受験の 動機	(合格後手話通訳者派遣に応じる意向の 無い方は受験をご遠慮ください。)		
合格した場合手話通訳者として活動する地域			市 郡
勤務先 ※昼間の連 絡先として 希望する人 のみ記入	勤務先名称		所属部署
	住所	〒	
	TEL/FAX		

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 京 都 ()会場	* 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

※会場は受験する会場をご記入ください。詳細は受験の手引きを参照ください。

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 京 都 ()会場	* 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

※会場は受験する会場をご記入ください。詳細は受験の手引きを参照ください。