第1号様式

**福島県手話通訳者認定試験申請書**

一般社団法人福島県聴覚障害者協会

　会　長　　吉　田　正　勝　様

申込日／　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |  | 印　(男・女) | | 顔写真  貼　付　欄  （3ヶ月以内のもの）  縦２.８ｃｍ×横２.５ｃｍ |
|  |
| 生年月日 | １９　　　年　　　月　　　　日生（　　　歳） | | | |
| 住　　所 | 〒  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX  携帯電話番号  〃 アドレス | | | | |
| 勤務先 | 職種  TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 手話通訳経験年数  　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月 | | | | 手話奉仕員登録の有無  県　　＜有　・　無＞  市町　＜有　・　無＞ | |
| 所属手話サークル名 | | | | 全通研加入年数  　　　　　　　　　年 | |
| 備考（この欄は記入しないでください） | | | | | |