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） |