

第23回福島県手話通訳者認定試験の案内

聴覚障害者の社会生活におけるコミュニケーションを保障し、社会参加を促進するための手話通訳者の認定試験（手話通訳者統一試験導入）を、下記のとおり実施します。

記

1. 主 催 一般社団法人福島県聴覚障害者協会（福島県委託）
2. 日 時 2020年12月5日（土）9：30～16：00
3. 会 場 福島市 福島学院大学 福島駅前キャンパス
〒960-8505 福島市本町2-10
4. 受験資格 福島県に在住している者で、次のいずれかに該当し、手話通訳活動が出来る者
(1) 手話通訳者養成課程修了者
(2) 20歳以上の者で、手話通訳養成課程修了者と同等の知識及び技術を有する者
5. 試験内容 (1) 筆記試験（手話通訳に必要な基礎知識・国語）
(2) 実技試験（場面通訳）
6. 受 験 料 5,000円
7. 申込方法 所定の申請書及び受験申込書・受験票に必要事項を記入し、顔写真添付の上、下記に郵送してください。×切日は10月2日（金）消印有効。
受験料は、下記の口座に振込み願います。
<東邦銀行渡利支店 普通 口座番号 314201>
口座名：一般社団法人 福島県聴覚障害者協会
手話通訳派遣 会長 吉田 正勝
なお、受験票及び試験案内書は、10月末に送付します。
8. 申込先 〒960-8141
問合せ先 福島市渡利字七社宮111 県総合社会福祉センター内
一般社団法人福島県聴覚障害者協会
TEL 024-522-0681
FAX 024-563-6228
9. その他 (1) 試験の可否は、2021年3月3日頃に通知します。
(2) また、合格者には「認定証」を発行し、2021年度から手話通訳者として登録することができます。
(3) この試験は福島県知事認定となり、知事認定証が交付されます。
(4) 試験案内および申込書は、当協会のホームページからもダウンロードできます。

2020（令和 2）年度 手話通訳者全国統一試験

福島県手話通訳者認定試験申請書

記入日：2020（令和 2）年 月 日

| | | | |
|--|-----------------------------|------------|----------------------------------|
| フリガナ | | 性 別 | *試験実施団体名 一般社団法人 福島県聴覚障害者協会 |
| 氏 名 | 印 | 男 女 | *受験番号 |
| 生年月日 | 19 | （昭和・平成）年 | 月 日生（満 歳） |
| フリガナ | | | |
| 現住所 | 〒 TEL 携帯電話 メールアドレス | FAX | |
| 勤務先 | TEL | 職 種 FAX | |
| 手話通訳経験年数 | _____年_____ヵ月 | 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 |
| 統一（登録）試験受験経験 | | | |
| 1) 全国統一試験（統一試験 H17～・登録試験 H12～）の受験経験 | | | |
| <input type="checkbox"/> 無い | | | |
| <input type="checkbox"/> 有る | | | |
| 2) 他の手話通訳試験の受験経験 | | | |
| <input type="checkbox"/> 有る → <input type="checkbox"/> 合格した（ 昭和・平成 _____ ）年度 | | | |
| → 実施地域（ _____ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 無い | | | |
| 3) その他（ _____ ） | | | |

* 以外の項目はすべて記入して下さい

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 一般社団法人福島県聴覚障害者協会 | *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 | | |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | |
| フリガナ | | |
| 現住所 | (〒 —) | |
| | TEL | FAX |

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 一般社団法人福島県聴覚障害者協会 | *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 | | |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | |
| フリガナ | | |
| 現住所 | (〒 —) | |
| | TEL | FAX |