

## 2024 年度鳥取県手話言語技術認定試験受験申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

鳥取県手話言語技術認定試験を受験したいので、次のとおり申し込みます。

受験 希望会場	<b>第1希望【 会場】 / 第2希望【 会場】</b>		
※会場名をご記入ください。	【お願い】受験者数により、試験進行に影響がでる場合があります。 可能な方は第2希望までご記入くださいますよう、ご協力をお願いします。 (記入例) 第1希望【中部会場】 第2希望【東部会場】		
フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦 (S・H )年	月	日生
	年齢		歳
住所	〒		
	TEL :	FAX :	
	メールアドレス :		
職業			
緊急連絡先	〒		
※当日連絡が 取れるもの	TEL :	FAX :	
手話言語 活動に関する 経験  (※講習会 サークル等)	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
備考			

注) 手話言語活動に関する経験の欄には、講習会・手話サークル等での活動歴を記入してください。  
 講習会については主催者及び講習会名もご記入ください。  
 (記入例：鳥取県聴覚障害者協会主催 ステップアップ講座 等)