

年 月 日

## 2023 年度千葉県手話通訳者実技指導講師登録試験受験申請書

社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会  
 千葉聴覚障害者センター 所長 植野 圭哉 殿

申請者名	フリガナ				
	漢字姓名	印			
現住所	〒	□□□□	□□□□	都道府県	市
電話番号				F A X 番号	
生年月日 (和暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢 歳
性別	男	女	職業		
勤務先名称					
最終学歴					
受験資格 (該当欄に ○を付けて ください)	(1)	試験日現在満20歳以上で、千葉県手話通訳者実技指導講師養成講座を修了している方 ( 年度修了)			
	(1) に加えて右の 一つに 該当する こと	ア. 千葉県登録手話奉仕員実技指導講師である方			
		イ. 千葉聴覚障害者センター所長が推薦した方			
受験資格 受験回数	(1)	初めての受験			
	(2)	( ) 回目 → 受験年度 ( ) 年度			
奉仕員指導講師 指導会場・年数	具体的に お書きく ださい				
通訳者指導講師 指導会場・年数	具体的に お書きく ださい				
ろうあ運動の 参加内容・経験年数					
備考					

証明写真添付欄  
 カラー・白黒  
 (申請日前3か月以  
 内に撮影したもの)  
 1. 上半身・脱帽・  
 無背景のもの(スナ  
 ップ写真不可)  
 2. 写真裏面に氏名  
 を記載のこと