

令和7年度堺市登録要約筆記者を募集します (令和6年度実施 堺市要約筆記者登録試験案内)

申込書受付期限：12月17日（火）【消印有効】

1. 試験の概要

本試験は、聴覚障害者、とりわけ中途失聴・難聴者の情報保障の派遣依頼に応じることのできる高度で専門的な技術を持った「要約筆記者」に必要な知識・技能を客観的に測定するために実施するものです。本試験の合格者は、「堺市要約筆記者」「大阪府要約筆記者」「大阪市要約筆記者」として登録することができます。

2. 受験資格者

本試験の実施日までに、下記のいずれかに該当する者

- (1) 堺市の実施する要約筆記者養成課程を修了した者
- (2) 堺市で移行研修を受けた現任要約筆記者

※「試験の手引き」は（一社）要約筆記者認定協会が作成しているため、表記が異なりますが、こちらの記載内容をご参照ください。

※大阪府、大阪市の講座等を修了した方は大阪府、大阪市にお問い合わせください。

※既に、「全国統一要約筆記者認定試験」に合格されている方は、本試験の受験は不要です。

3. 試験日時及び集合場所

(1) 試験日時

令和7年2月16日（日）午後1時から午後3時45分

※試験会場のフロア（3階）には午後0時30分まで入場できません。他の階でお待ちください。なお、午後0時50分には指定する座席に着席してください。

(2) 集合場所

堺市立健康福祉プラザ 3階 大研修室（所在地：堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1）

※ご来場の際は、公共交通機関をご利用ください。

4. 試験内容・出題範囲

本試験は、（一社）要約筆記者認定協会が実施する「2024年度全国統一要約筆記者認定試験」を活用しています。試験内容や出題範囲は、別紙「試験の手引き」のとおりです。

5. 申込方法

(1) 申込締切 令和6年12月17日（火）（*消印有効）

(2) 申込方法

次の①、②を「11. お申込み先・お問合せ先」に郵送してください。③に該当する方は、③も併せて郵送してください。また、封筒の表面に「堺市要約筆記者試験申込書在中」と明記してください。

① 受験申込書

必要事項を記入の上、写真（縦4cm×横3cm、6ヶ月以内に撮影した上半身正面脱帽のもの、裏面に氏名を記入）を2枚貼付のこと。振り込みの場合は、受験料の振り込みが確認できるもの（ATMの場合は利用明細書・オンライン入金の場合は振込者名、振込先、振込金額がわかる画面）のコピーを受験申込書の裏面上部に添付のこと。原本は本人控えとして保管してください。

※振り込みが確認できない場合は、申し込みを受け付けることができません。

- ② 返信用封筒 長形3号(横12cm×縦23.5cm)に、住所・氏名をご記入の上、110円切手貼付のこと。
- ③ 修了証（写し）
要約筆記者養成課程既修了者
※受験に際して取得した個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理し、試験に関する事務以外の目的への利用は行いません。

6. 受験費用

受験費用 (手書き) 7,200円
 (パソコン) 8,500円
 (手書き・パソコンの両方) 9,800円

※「手書き」と「パソコン」の両方を受験する方は、一つの実施主体でまとめてお申込みください。例えば、堺市で「手書き」、大阪府で「パソコン」の受験を申し込んだ場合、受験料の割引が適応されませんので、ご注意ください。

7. 振込先

三菱UFJ銀行 堺東支店 普通預金 口座番号 4775642
口座名義 特定非営利活動法人 堺障害者団体連合会理事長 小田多佳子

※特定非営利活動法人 堺障害者団体連合会は、視覚・聴覚障害者センターの運営主体です。

※振込手数料はご本人負担となります。また、受験資格がない等返金が必要となった場合は振込手数料を差し引いて返金させていただきます。（窓口持参でお申し込みの場合は現金でも受け付けます）

※申込後、ご自身の都合で試験を辞退される場合は返金できませんので、ご注意ください。

8. 受験票

受験票は、令和7年2月5日（水）までに郵送します。

※2月5日（水）を経過しても届かない場合は、「11. お申込み先・お問合せ先」までご連絡ください。

※受験票は受験番号を付して郵送します。受験票に氏名を自署し、試験会場にご持参ください。

9. 合否発表

令和7年3月18日（火）を目途にご本人宛に合否結果を郵送いたします。

別紙「試験の手引き」をご確認ください。

10. 受験にあたっての注意事項

感染症対策を行ったうえ、ご来場ください。

* 受験当日朝に、各自検温を行い、37.5度以上の熱があった場合(または、平熱比1度超過)の際は、受験を控えてください。

※受験ができない場合、受験料の返金はできませんのでご了承ください。

11. お申込み先・お問合せ先

〒590-0808 堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1
堺市立健康福祉プラザ 視覚・聴覚障害者センター
電話：072-275-5024 / FAX：072-243-2222

(受付時間：午前9時～午後5時30分) ※日・月・祝日は休館日