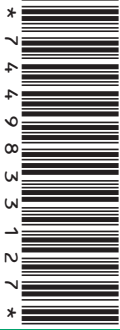


IELTS Listening Answer Sheet



Candidate Name

Candidate No. Centre No.

Test Date Day Month Year

Listening Listening Listening Listening Listening Listening Listening

| | | | | | |
|-----------|----------------------|---|-----------|----------------------|--|
| 1 | <input type="text"/> | Marker use only 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="text"/> | Marker use only 21 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="text"/> | 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 22 | <input type="text"/> | 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="text"/> | 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 23 | <input type="text"/> | 23 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="text"/> | 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 24 | <input type="text"/> | 24 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="text"/> | 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 25 | <input type="text"/> | 25 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="text"/> | 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 26 | <input type="text"/> | 26 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="text"/> | 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 27 | <input type="text"/> | 27 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="text"/> | 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 28 | <input type="text"/> | 28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="text"/> | 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 29 | <input type="text"/> | 29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="text"/> | 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 30 | <input type="text"/> | 30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="text"/> | 11 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 31 | <input type="text"/> | 31 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="text"/> | 12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 32 | <input type="text"/> | 32 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="text"/> | 13 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 33 | <input type="text"/> | 33 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="text"/> | 14 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 34 | <input type="text"/> | 34 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="text"/> | 15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 35 | <input type="text"/> | 35 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="text"/> | 16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 36 | <input type="text"/> | 36 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="text"/> | 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 37 | <input type="text"/> | 37 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="text"/> | 18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 38 | <input type="text"/> | 38 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="text"/> | 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 39 | <input type="text"/> | 39 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="text"/> | 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40 | <input type="text"/> | 40 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Marker 2 Signature: Marker 1 Signature: Listening Total:

