

# IELTS Listening Answer Sheet



Candidate Name

Candidate No.  Centre No.

Test Date Day  Month  Year

**Listening Listening Listening Listening Listening Listening Listening**

<b>1</b>	<input type="text"/>
<b>2</b>	<input type="text"/>
<b>3</b>	<input type="text"/>
<b>4</b>	<input type="text"/>
<b>5</b>	<input type="text"/>
<b>6</b>	<input type="text"/>
<b>7</b>	<input type="text"/>
<b>8</b>	<input type="text"/>
<b>9</b>	<input type="text"/>
<b>10</b>	<input type="text"/>
<b>11</b>	<input type="text"/>
<b>12</b>	<input type="text"/>
<b>13</b>	<input type="text"/>
<b>14</b>	<input type="text"/>
<b>15</b>	<input type="text"/>
<b>16</b>	<input type="text"/>
<b>17</b>	<input type="text"/>
<b>18</b>	<input type="text"/>
<b>19</b>	<input type="text"/>
<b>20</b>	<input type="text"/>

Marker use only

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>21</b>	<input type="text"/>
<b>22</b>	<input type="text"/>
<b>23</b>	<input type="text"/>
<b>24</b>	<input type="text"/>
<b>25</b>	<input type="text"/>
<b>26</b>	<input type="text"/>
<b>27</b>	<input type="text"/>
<b>28</b>	<input type="text"/>
<b>29</b>	<input type="text"/>
<b>30</b>	<input type="text"/>
<b>31</b>	<input type="text"/>
<b>32</b>	<input type="text"/>
<b>33</b>	<input type="text"/>
<b>34</b>	<input type="text"/>
<b>35</b>	<input type="text"/>
<b>36</b>	<input type="text"/>
<b>37</b>	<input type="text"/>
<b>38</b>	<input type="text"/>
<b>39</b>	<input type="text"/>
<b>40</b>	<input type="text"/>

Marker use only

21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marker 2 Signature:  Marker 1 Signature:  Listening Total:

