

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

Marker use only

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

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

Marker use only

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

Marker 2 Signature:

Marker 1 Signature:

Listening Total: