

◎注意事項 (填寫申請表前必看!!)

1. 粗框*項目必須詳細填寫，其餘切勿填寫或蓋章

2. 請於服務當日前三個工作天提出申請。

3. 本服務不接受指定手語翻譯員。

4. 申請人或申請單位務必於服務完畢後提供手語翻譯服務照片。(翻譯員與受服務者皆需入鏡，正背面皆可)

5. 申請書正本、回饋表及相關證明文件，請郵寄回本會。活動或會議，請附流程或簡章；其餘性質請附公文；申請醫療手譯服務者，將收據影本繳回。本服務不提供私人商業利益申請及機關團體內部會議(如理監事會...等)

基本資料	* 申請人或 申請單位		* 身份證 字號		* 申請 日期	
	* 聯絡傳真		* 聯絡電話		* 手機	
	* 聯絡地址					
	電子郵件					
	* 現場聯絡人 姓名			* 現場聯絡人 手機號碼		
申請內容	* 服務日期	年 月 日 (星期)				
	* 服務時間	自 午 時 分至 午 時 分				
	* 服務地點					
	* 服務事由					
	* 服務人數	現場總人數約： 人 受服務聽(語)障者： 人 受服務聽語障者姓名： 受服務聽語障者手語習慣： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 讀唇				
右方欄位由手語翻譯 窗口填寫，申請者請 勿填寫及勾選	案別		性 質	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 會議 <input type="checkbox"/> 福利服務 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 洽公 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 交通		
	手譯員姓名			手譯員人數	1人	
			手語翻譯受理單位長官審核		手語翻譯受理單位承辦人審核	

<p>* 1. 單位申請務必於本欄位蓋妥單位戳章或關防</p> <p>* 2. 個人申請務必於本欄位黏貼身障手冊影本</p>	<p>本欄位由手語翻譯窗口審核蓋章，申請（單位）者請勿蓋章</p>	<p>本欄位由手語翻譯窗口審核蓋章，申請（單位）者請勿蓋章</p>
	<p>日期： 年 月 日</p>	<p>日期： 年 月 日</p>

受理單位名稱：社團法人彰化縣聾人協會
 電話：04-8834670 傳真：04-8834680
 Email：sign949596@gmail.com

承辦人：林子期
 簡訊：0911-902680
 住址：522 彰化縣田尾鄉北曾村福德巷 343 號

彰化縣手語翻譯服務回饋表

敬啟者：

您好!很高興有機會能為您提供手語翻譯服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連繫。申訴專線 04-8834670，或請至 http://www.chnad.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?bid=37 下載申訴表

申請人：	申請人： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齡：____歲
申請單位：	
服務日期及時間 年 月 日 午 時 分至 午 時 分	
您從何處得知有手語翻譯服務的訊息?(可複選)	<input type="checkbox"/> 政府機關 <input type="checkbox"/> 新聞媒體 <input type="checkbox"/> 啟聰學校 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 聾人相關團體(團體名稱)： <u>彰聾協</u>
您使用什麼樣的方式申請手語翻譯服務?	<input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 手機 APP <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 朋友轉知 <input type="checkbox"/> 親臨窗口申請 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 其他：_____
本次為您服務的手譯員姓名？	
手語翻譯員到場服務的時間？	<input type="checkbox"/> 提早 <input type="checkbox"/> 準時 <input type="checkbox"/> 遲到____分
手譯員的手語十分清楚，對本次服務有很大幫助	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
您覺得手譯員的服裝很得體、不過於花俏	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
您覺得手譯員服務時所處的位置很恰當	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
您覺得手譯員的服務態度十分良好	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
您對於行政人員的服務態度感到滿意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
您對本次翻譯派案速度感到滿意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意
整體而言，您對於本次服務感到滿意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意

整體而言，本次服務對您的幫助很大

非常同意 同意 尚可 不同意

如您對於本次手語翻譯服務有其他建議或鼓勵，煩請不吝寫下提供給手語翻譯服務承辦單位，您的寶貴意見將是本單位提升服務品質的重要指標。

(我的建議如下)

謝謝提供寶貴意見，有了您的回饋，

增加雙方溝通默契並提供更好的服務品質！謝謝！

※請申請單位或個人請於服務結束後三日內填寫本表連同申請表，紙本寄回「手語翻譯服務窗口」。再次感謝您撥冗回答此份問卷，我們將依據您的回饋，修正並提供更好的服務品質！

受理單位名稱：社團法人彰化縣聾人協會

承辦人：林子期

電話：04-8834670 傳真：04-8834680

簡訊：0911-902680

Email：sign949596@gmail.com

住址：522 彰化縣田尾鄉北曾村福德巷 343 號