

社團法人彰化縣聲暉協進會

彰化縣同步聽打服務申請表

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		
申請服務內容	服務日期		單次申請	民國 年 月 日	服務時間	自 時 分
			同性質 多次申請			至 時 分
	請直接填寫月/日，例：1/2、1/9、1/16					
	溝通習慣		<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會口語 <input type="checkbox"/> 其他			
	服務地點		(詳填地址、樓層、廳室)			
	服務事由說明		(應未涉及私人商業利益)			
檢附文件		<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 <input type="checkbox"/> 就醫掛號單、批價單或藥袋 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他：				
服務人數		全部(聽障者+聽人): 共 人 男生: 人 女生: 人 聽障者: 共 人 男生: 人 女生: 人		提供設備		<input type="checkbox"/> 電腦(<input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 其他
右方欄位由即時聽打服務中心填寫，申請者請勿填寫及勾選		性 質				
				聽打員姓名		聽打員人數
* 1.單位申請務必於本欄位蓋妥單位戳章或關防 * 2.個人申請務必於本欄位黏貼身障手冊影本		同步聽打受理單位長官審核		同步聽打受理單位承辦人審核		
		本欄位由本會審核蓋章，申請(單位)者請勿蓋章		本欄位由本會審核蓋章，申請(單位)者請勿蓋章		
		日期： 年 月 日		日期： 年 月 日		

