

◎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		* 身分證字號		* 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"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <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(含交通) <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		
	手譯員姓名			手譯員人數	人	
* 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證明影本			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	
			本欄位由手語翻譯窗口審核蓋章, 申請(單位)者請勿蓋章		本欄位由手語翻譯窗口審核蓋章, 申請(單位)者請勿蓋章	
			日期: 年 月 日		日期: 年 月 日	

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 Line ID: 0911902680

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 04-7532304，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)：__彰聾協__
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	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 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)	
<p>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！</p>	

※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！

彰化縣政府委託社團法人彰化縣聾人協會辦理彰化縣身心障礙者手語翻譯服務

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 LineID：0911902680

Email： sign949596@gmail.com

住址：522 彰化縣田尾鄉北曾村福德巷 343 號