

手語翻譯服務回饋表

請申請單位填寫	
申請單位名稱：	服務日期： 年 月 日 服務時段： ☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 晚上
1.您從何處得知有手語翻譯服務的訊息？(可複選) ☐區公所 ☐市政府 ☐電視 ☐啟聰學校 ☐聾人相關團體 ☐朋友 ☐網站 ☐其他_____ 2.今天為您進行翻譯服務的手譯員們是誰(整場)？_____ 3.手譯員們是否準時到場？ ☐是 ☐否(未準時到場之手譯員是:_____) 4.您對這次服務的申請過程滿意嗎？ ☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意 5.您對行政人員的服務態度滿意嗎？ ☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意 6.您對手譯員的服務態度滿意嗎？ ☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意 7.您對於這次手語翻譯服務感到滿意嗎？ ☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意 8.若有需要您下次還會申請本中心手語翻譯服務嗎？ ☐會 ☐不會，原因_____ 9.您會介紹其他有需要者使用本中心手語翻譯服務嗎？ ☐會 ☐不會，原因_____ 10.請問您有任何服務相關的評語或建議嗎？(歡迎您填寫於下方給予我們批評與指教，謝謝。)	

電 話：07-9620336#19 傳真：07-9620338 夜間緊急專線：0926-033-656

E-mail：sls9620336@gmail.com 地址：高雄市三民區中華二路 250 號 4 樓

視訊(Skype:sls9620336、line：0956778000) (週一至週五 09:00~12:00、14:00~17:00)

※若您對本服務有任何申訴意見，可至本中心網站【<http://dacc.org.tw/> 手語服務中心→申請方式】

下載申訴表格～《手語翻譯服務對象申訴表》，或親臨本中心提出。

**為了使您能充分表達意見和指教，請於填寫後
將本表放入信封內，密封後，再由手譯員帶回本中心。**