

高雄市手語服務中心
手語翻譯服務回饋表

1150106

【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 平安基金 聾人團體 朋友 網站 其他_____

2.提供手語翻譯服務的手譯員姓名_____

3.今天派任手語翻譯員到達時間？準時 遲到(實際到達時間_____)

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.您對於本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.未來有手語翻譯需要，會向本中心申請服務嗎？會 不會(原因)_____

9.您會向其他有手語翻譯需求者，推薦本中心的服務嗎？會 不會(原因)_____

10.您對手語翻譯服務是否有任何建議或意見？無 有(依說明管道辦理)

.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 line(ID)：0956778000 服務時間：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《手語翻譯服務申訴表》或親洽本中心提出。

*我們非常重視您表達的意見，請於填寫後，將本表放入信封內密封後回傳中心或由手譯員帶回本中心。