

高雄市手語服務中心

1150107

手語翻譯服務回饋表

請【聽(語)障朋友】自己寫

服務日期	年 月 日 星期 ( )	服務時間	時 分 ~ 時 分
------	--------------	------	-----------

- 1.為您服務手譯員的名字是：\_\_\_\_\_
- 2.您習慣用的語言是：☐台灣手語 ☐中文手語 ☐口手語 ☐其他\_\_\_\_\_
- 3.您對手語翻譯內容的理解情形？☐完全理解 ☐部分理解☐未能理解\_\_\_\_\_
- 4.您對手語翻譯服務的幫助如何？☐很有幫助 ☐有幫助 ☐沒有幫助\_\_\_\_\_
- 5.您覺得手語翻譯員的翻譯位置？☐合適 ☐尚可 ☐不合適\_\_\_\_\_
- 6.您對手譯員的服務態度滿意嗎？☐非常滿意 ☐普通 ☐不滿意\_\_\_\_\_
- 7.您日後有手語翻譯的需要，會再向本中心申請服務嗎？☐會 ☐不會\_\_\_\_\_
- 8.您的親友有手語翻譯的需要，會推薦他們向本中心申請服務嗎？☐會 ☐不會\_\_\_\_\_
- 9.您對於手語翻譯服務是否有建議 ☐無 ☐有 \_\_\_\_\_

電話：07-9620336#19 夜間緊急專線：0926-033-656

傳真：07-9620338 E-mail：[sls9620336@gmail.com](mailto:sls9620336@gmail.com)

手語視訊 Line(ID)：0956778000 (週一至週五 09:00 ~ 12:00、14:00 ~ 17:00)

地址：高雄市三民區中華二路 250 號 4 樓

※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，將回饋表放入信封內，密封後，再由手譯員帶回本中心。