**屏東縣手語翻譯暨同步聽打服務窗口**

**「同步聽打服務」回饋表**

|  |
| --- |
| 案號： |

＊粗框部分由本會填寫

敬啟者：

您好!很高興有機會能為您提供同步聽打服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫

以下的「同步聽打服務回饋表」並於服務結束後48小時內回傳本會，感謝您提供寶貴意見，若有其

他問題也歡迎與我們聯絡。

社團法人屏東縣聲暉聽障協進會 敬上

……………………………………………………………………………………………………………………

＊基本資料：(以下資料僅供作為將來相關福利措施、訊息通知使用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者姓名 |  | 聯絡方式 |  |
| 身份 | □在學 □待業中 □就業 | E-mail |  |
| 障礙程度 | □輕度 □中度 □重度 | | |
| 配戴輔具 | □助聽器 □人工電子耳 □無 | | |
| 主要溝通方式 | □口語 □手語 □筆談 □口手語並用 | | |

＊服務申請：

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（單位） |  |
| 活動報名表是否提供聽打服務選項 | □有 □無 |
| 申請人 | □主辦單位申請 □聽障者自行申請 |
| 服務通知內容 | □無任何通知 □聽打員聯繫方式 □聽打員姓名 □其他 （可複選） |

＊服務內容：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服務日期 |  | 服務地點 |  |
| 服務名稱 |  | 主辦單位 |  |
| 現場人數（約） | 聽障生 位. 聽常者 位 | 手語翻譯員 | □有 □無 |
| 聽打服務 | 1. 投影：□投影/電子布幕 □液晶電視/螢幕 □白板 □牆面 □其他 2. 位置：□看聽打布幕沒有阻礙 □看聽打布幕有阻礙（請註明 ） 3. 燈光：□過暗 □適中 □過亮（如有調整可註明： ） 4. 錯別字：□無 □有，不影響閱讀 □過多 5. 缺漏訊息：□無 □有，可接受 □過多 6. 聽打員態度：□良好 □普通 □差 | | |
| 聽打人力 | 超過1小時以上是否有第2位聽打員輪替 □有 □無 | | |
| 出席情況 | 聽障者□提早報到 □準時 □遲到 時間約  聽打員□提早報到 □準時 □遲到 時間約 | | |
| 其他意見： | | | |

立案字號：屏府社政換字第1000094737號 會址：900屏東市建豐路180巷35號1樓

E-mail：[a7354930@yahoo.com.tw](mailto:a7354930@yahoo.com.tw) 電話：(08)737-2174 傳真：(08)735-4930