

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)

服務使用者				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

電話：(08)737-2174

傳真：(08)735-4930

會址：900 屏東市建豐路 180 巷 35 號 1 樓

手機簡訊：0979-812-665

E-mail：a7354930@yahoo.com.tw