**嘉義市政府同步聽打服務申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人或申請單位 |  | 身分證號碼 |  | 聯絡方式 | □電話：　　　　 |
| □傳真：　　　　　　 |
| □手機：　　　　　　 |
| 現場聯絡人 |  | 職稱 |  | 行動電話 |  |
| E-Mail |  |
| 服務日期 | 自 年 月 日（星期 ）至 年 月 日（星期 ） | 服務時間 | 自午時分自午時分 |
| 聽語障者或合併多重障礙者姓名 |  | 聯絡方式 |  |
| 服務事由 |  |
| 服務地點 |  |
| 服務地點交通資訊 | （請提供大眾交通工具、站牌名稱或明顯地標等服務地點相關資訊） |
| 服務人數 | 全部： 人聽語障及合併多重障礙者： 人 | 提供設備(申請方) | □電腦(□桌上型□筆記型) □投影機(含投影布幕)□其他 |
| 【說明】：1.單位申請者：請蓋申請單位戳印2.個人申請者：請附身心障礙手冊或證明正反面影本乙份 | * 本案擬派遣同步聽打服務員\_\_\_\_\_\_\_\_\_前往支援。
* 本案不符本窗口規定，故不予派案。

原因： |
| 主管簽章 |  |
| 承辦人簽章 |  |
| 粗框內為本單位審核欄，申請單位請勿填寫，謝謝！ | **案號﹕** |
| 同步聽打服務申訴電話：（05）2254321#156嘉義市政府社會處  |

**嘉義市政府同步聽打服務滿意度調查表**

 您好!很高興能有機會為您提供同步聽打服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘時間填寫滿意度調查表，感謝您提供寶貴意見。

1. 基本資料:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者或申請單位 |  | 連絡電話 |  |
| 電子郵件 |  |

1. 本次服務資料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同步聽打服務員姓名 |  | 案號 |  |
| 服務日期 | 民國 年 月 日 | 服務時間 | 自 時 分至 時 分 |
| 從何處獲得同步聽打訊息:□政府機關 □民間團體 □網路/電視 □親友告知 □其他  |

1. 同步聽打服務滿意度:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  滿意度服務項目 | 非常滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常不滿意 |
| 對行政人員的服務態度 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對行政人員的派案效率 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 同步聽打服務員的服務態度 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 同步聽打服務員的傳達訊息能力 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 服務整體滿意度 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 問卷到此全部結束，若您有其他意見請於此處填寫，感謝您提供寶貴意見!!   |