

彰化縣政府委託社團法人彰化縣聲暉協進會辦理同步聽打服務申請表

基本資料	* 申請人或申請單位			* 身份證字號			* 申請日期		
	* 聯絡傳真			* 聯絡電話			* 手機		
	* 聯絡地址								
	電子郵件								
	* 現場聯絡人姓名				* 現場聯絡人手機號碼				
申請服務內容	服務日期	單次申請	民國 年 月 日		服務時間	自 時 分 至 時 分 中午休息 小時			
		同性質 多次申請	請直接填寫月/日，例：1/2、1/9、1/16						
	溝通習慣	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會口語 <input type="checkbox"/> 其他							
	服務地點	(詳填地址、樓層、廳室)							
	服務事由說明	(應未涉及私人商業利益)							
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 <input type="checkbox"/> 就醫掛號單、批價單或藥袋 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他：							
	服務人數	全部(聽障者+聽人)：共 人 男生： 人 女生： 人			提供設備	<input type="checkbox"/> 電腦( <input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 其他			
聽障者：共 人 男生： 人 女生： 人									
右方欄位由即時聽打服務中心填寫，申請者請勿填寫及勾選		性 質		<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 會議 <input type="checkbox"/> 福利服務 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 洽公 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 交通					
		聽打員姓名				聽打員人數			
* 1.單位申請務必於本欄位蓋妥單位戳章或關防 * 2.個人申請務必於本欄位黏貼身障手冊影本				同步聽打受理單位長官審核		同步聽打受理單位承辦人審核			
				本欄位由本會審核蓋章，申請(單位)者請勿蓋章		本欄位由本會審核蓋章，申請(單位)者請勿蓋章			
				日期： 年 月 日		日期： 年 月 日			

# 彰化縣政府委託社團法人彰化縣聲暉協進會辦理同步聽打服務回饋表

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「服務滿意度調查表」，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連繫。

申請人或申請單位			
服務日期及時間	年	月	日
您從何處得知有同步聽打服務的訊息?(可複選)	<input type="checkbox"/> 政府機關 <input type="checkbox"/> 新聞媒體 <input type="checkbox"/> 啟聰學校 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 團體名稱：		
您使用什麼樣的方式申請同步聽打服務?	<input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 手機 APP <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 朋友轉知 <input type="checkbox"/> 親臨窗口申請 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 其他：		
本次為您服務的聽打員姓名?			
聽打員到場服務的時間?	<input type="checkbox"/> 提早 <input type="checkbox"/> 準時 <input type="checkbox"/> 遲到_____分		
請問您覺得這次聽打員打字速度跟得上說話者?	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
聽打員不確定或遺漏之訊息會留白或加註	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
聽打員能以完整語句呈現，訊息不片斷	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
您覺得聽打員的服務態度十分良好	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
您對於行政人員的服務態度感到滿意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
您對本次派案速度感到滿意	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
聽打員不會經常出現錯字	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
整體而言，本次服務對您的幫助很大	<input type="checkbox"/> 非常同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不同意		
如您對於本次同步聽打服務有其他建議或鼓勵，煩請不吝寫下提供給即時聽打服務承辦單位，您的寶貴意見將是本單位提升服務品質的重要指標。 (我的建議如下)			
謝謝提供寶貴意見，有了您的回饋， 增加雙方溝通默契並提供更好的服務品質！謝謝！			

※請申請單位或個人請於服務結束後**3日**內填寫本表連同申請表，紙本寄回聽打服務窗口(彰化聲暉)

再次感謝您撥冗回答此份問卷，我們將依據您的回饋，修正並提供更好的服務品質！

受理單位名稱：社團法人彰化縣聲暉協進會

電話：04-8361223 傳真：04-8361224

住址：510彰化縣員林鎮莒光路745巷6號

Email：chdeaf@yahoo.com.tw