

嘉義縣「手語翻譯服務」申請表

申請日期：_____年_____月_____日 請於一週前提出申請

基本資料	申請人／申請單位		身分證字號	聯絡方式	電話： 手機： E-Mail：	
	現場聯絡人	<input type="checkbox"/> 同申請人 <input type="checkbox"/> 非申請人，姓名：_____ 手機：_____				
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期)	服務時間	自 _____ 時 _____ 分 至 _____ 時 _____ 分，共_____小時		
	聽語障者姓名			聯絡方式		
	服務事由					
	服務地點			有無直播或錄影播出？	<input type="checkbox"/> 有直播 <input type="checkbox"/> 無直播有錄影 <input type="checkbox"/> 無直播無錄影	
	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 聽障： 人	手語型態 (可複選)		<input checked="" type="checkbox"/> 臺灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語	
【說明】： 1. 單位申請者：請蓋申請單位戳印 2. 個人申請者：請附身心障礙證明正反面影本乙份			<ul style="list-style-type: none"> ● 服務類別：<input type="checkbox"/>第一類 <input type="checkbox"/>第二類 <input type="checkbox"/>第三類 <input type="checkbox"/>第四類 ● 本案擬派翻譯員_____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：	

手語翻譯服務申訴電話：嘉義縣社會局 電話：(05) 3620900 轉 2305 黃小姐

表格填妥後，請傳真至並來電確認 電話：05-2790533 傳真：05-2792080

嘉義縣手語翻譯服務窗口陳小姐 (嘉義縣竹崎鄉灣橋村 18 鄰 263 號)