新北市政府社會局委託中華民國聾人協會辦理手語翻譯暨同步聽打服務方案

**同步聽打服務滿意度調查表**

\*申請者/使用者： 聯絡方式：

\* 實際接受同步聽打服務的日期及時間： 年 月 日（星期 ）

時 分~ 時 分

\* 聽打員姓名：

\* 本次服務有自行支付任何費用嗎？ □否 □是，金額\_\_\_\_\_\_\_\_元

\* 本申請於服務前五日(不含例假日)提出，□清楚 □不清楚本服務需五日前提出申請。

\* 聽打員到場時間是否準時？(臨時案件不需勾選)

□提早，約 分鐘 □準時 □遲到，約 分鐘

|  |
| --- |
| **\*服務需求**：**聽障者使用溝通方式是？(如您為機關團體申請或不清楚者，可跳至下一題)**  □手語 □口語 □手語+口語 □筆談 □其他 |
| **\*服務宣傳**：**從何處得知本會提供新北市同步聽打申請服務？**  □社會局公文 □聽障相關社團（請註明社團名稱）：  □朋友、同事 □網站（請註眀網站名稱）： □其他 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 滿意度  服務項目 | 非常  滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常 不滿意 |
| **【行政滿意度**】 | | | | | |
| 1.申請流程簡單方便? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2.行政人員服務態度? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **【聽打員滿意度】** | | | | | |
| 1.本次聽打員的聽打內容是否清楚流暢? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2.本次聽打的投影幕(或筆電)相對位置，  看得清楚嗎? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3.本次聽打字幕的對比色彩及字體大小，看得  清楚嗎? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4.本次聽打員的服務態度，您滿意嗎？ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【其他意見─鼓勵或建議】 | | | | | |

**~提醒您務必於服務結束後3日內，填寫並回傳，以利下次申請機會~**

電話：0800-365-324　手機(簡訊)/Line：0963-047-746　傳真：0800-365-524　E-mail：ntcst@nad.org.tw