**手語翻譯服務滿意度調查表**

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

\*申請者/使用者： 聯絡方式：

\* 實際接受手語翻譯服務的日期及時間： 年 月 日（星期 ）

 時 分~ 時 分

\* 手語翻譯員姓名：

\* 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。

\* 手語翻譯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**：**聽障者使用手語的習慣是？(如您為機關團體申請或不清楚者，可跳至下一題)** □中文手語（文字+口語手語） □自然手語（聾人手語）□其他  |
| **\*服務宣傳**：**從何處得知本會提供新北市手語翻譯申請服務？**□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? |  □ |  □ |  □ |  □ |  □ |
| **【手語翻譯員滿意度】** |
| 1.本次翻譯員的手語看得懂嗎? |  □ |  □ |  □ |  □ |  □ |
| 2.本次翻譯員的翻譯位置(站或坐)，手語 看得清楚嗎? |  □ |  □ |  □ |  □ |  □ |
| 3.本次翻譯員的衣著，手語看得清楚嗎? |  □ |  □ |  □ |  □ |  □ |
| 4.本次翻譯員的服務態度，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~**

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