

屏東縣手語翻譯暨同步聽打服務窗口

「同步聽打服務」申請表

*粗框部分由本會填寫

案號：

*申請人相關資料

申請日期： 年 月 日

個人	申請者姓名				單位全名		
	身分證號碼				聯絡人		
	戶籍地	<input type="checkbox"/> 屏東縣_____市、鄉		單位	聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話：_____	
		<input type="checkbox"/> 其他_____縣、市				<input type="checkbox"/> 手機：_____	
聯絡方式	<input type="checkbox"/> 簡訊：_____		<input type="checkbox"/> 傳真：_____				
	<input type="checkbox"/> LINE ID：_____		<input type="checkbox"/> 其他：_____				
	<input type="checkbox"/> 其他：_____						

*申請服務內容

服務時間	自民國 年 月 日 時 分至民國 年 月 日 時 分										
活動名稱											
詳細服務地點	地點及地址										
	交通資訊	公車_____路、線、號_____站，其他_____									
服務人數	聽語障者	現場人數	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文式手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語								
	共 人	約 人	<input type="checkbox"/> 不清楚是自然手語或中文式手語 <input type="checkbox"/> 其他_____								
空間設備	1. <input type="checkbox"/> 3位聽損者(含)以上活動，場地需自備 (1)投影機 (2)投影布幕 (3)筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 場地自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員自備 2. <input type="checkbox"/> 1-2位聽損者參與之活動， 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 場地自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員自備										
檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 <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"/> 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"/> 其他：_____										

本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。

立書人：

(簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)

- 本案擬由_____同步聽打員前往服務。

本案因_____，已轉介至_____派員協助。

本案因_____不符規定，故不予派案。

機構主管簽章：_____ 經辦人員簽章：_____

立業字號：屏府社政換字第 1000094737 號

會址：900 屏東市建豐路 180 巷 35 號

電話：(08)737-2174

傳真：(08)735-4930

手機簡訊：0979-812-665

E-mail：a7354930@yahoo.com.tw

註：領有身心障礙手冊或證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)