

屏東縣政府「手語翻譯暨同步聽打服務窗口」

服務申訴表

【粗框部分由協會填寫】

填表日期： 年 月 日		申訴案號	
申訴人姓名		聯絡方法	電話：
			手機：
			傳真：
E-mail			
地 址			
申訴事件 發生時間	日期： 年 月 日 時間：自 午 時 分至 午 時 分		
申訴對象	<input type="checkbox"/> 本會 <input type="checkbox"/> 手語翻譯人員 <input type="checkbox"/> 視訊服務人員 <input type="checkbox"/> 同步聽打員 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申訴事由			
處理方式			
督導簽章		理事長簽章	