

新竹市身心障礙者職業重建手語翻譯暨同步聽打申請表

申請者 (單位/人)	聯絡 方式	<input type="checkbox"/> 電話：		<input type="checkbox"/> 傳真：	
		<input type="checkbox"/> 手機：		<input type="checkbox"/> email：	
申請內容	<input type="checkbox"/> 手語翻譯【聽語障者手語習慣 <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語 <input type="checkbox"/> 其他】 <input type="checkbox"/> 同步聽打【申請者提供 <input type="checkbox"/> 桌子 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 電腦(<input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 投影機 (含投影幕) <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____】				
現 場 聯 絡 人	行 動 電 話	服 務 人 數		全 部： 聽 障：	人 人
聽語障者 姓 名				行 動 電 話	
服 務 日 期	年 月 日 (星期)			服 務 時 間	
服 務 事 由					
服 務 地 點	(請詳填服務地址、樓層以及約見地點等必要資訊)				
注 意 事 項	一、「申請內容」中，同一申請案手語翻譯或同步聽打服務原則擇一；惟2名以上聽語障者分別有不同溝通需求者，始可同時勾選2種服務，餘依本處「申請注意事項」辦理。 二、同步聽打僅提供現場溝通服務，不提供聽打檔案。				

回 覆 單

(回覆單為審核欄，申請單位請勿填寫) 回覆日期： 年 月 日

審核結果：

同意：手語翻譯：甲級 乙級 丙級

同步聽打

由_____提供服務

不同意：

【備註】：