

## 嘉義縣「手語翻譯服務」申請表

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

基本資料	申請人／申請單位		身分證字號		聯絡方式	電話： 傳真： 手機： E-Mail：
	現場聯絡人	<input type="checkbox"/> 同申請人 <input type="checkbox"/> 非申請人，姓名：_____ 手機：_____				
申請內容	服務日期	_____年_____月_____日(星期_____)	服務時間	自_____時_____分至_____時_____分，共_____小時		
	聽語障者姓名			聯絡方式		
	服務事由					
	服務地點			有無直播或錄影播出？	<input type="checkbox"/> 有直播 <input type="checkbox"/> 無直播有錄影 <input type="checkbox"/> 無直播無錄影	
	服務地點交通資訊	(請提供大眾交通工具、站牌名稱或明顯地標等服務地點相關資訊)				
服務人數	全部： 人 聽障： 人	手語型態 (可複選)		<input type="checkbox"/> 臺灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語		
<b>【說明】：</b> 1. 單位申請者：請蓋申請單位戳印 2. 個人申請者：請附身心障礙證明正反面影本乙份			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 服務類別：<input type="checkbox"/>第一類 <input type="checkbox"/>第二類 <input type="checkbox"/>第三類</li> <li>● 本案擬派翻譯員_____前往支援。</li> <li>● 本案不符本窗口規定，故不予派案。 原因：_____</li> </ul>			
			主管簽章			
			承辦人簽章			
			粗框內為本單位審核欄，申請單位請勿填寫，謝謝！		案號：	

手語翻譯服務申訴電話：嘉義縣社會局 電話：(05) 3620900 轉 2305 黃小姐

表格填妥後，請傳真至並來電確認 電話：05-2790533 傳真：05-2792080

嘉義縣手語翻譯暨視訊服務窗口 (嘉義縣竹崎鄉灣橋村 18 鄰 263 號)