

宜蘭縣政府委託中華民國聾人協會辦理  
手語翻譯暨同步聽打服務滿意度調查

敬啟者：

您好，非常高興有機會能為您提供此次手譯/聽打服務，為提升及改善服務品質，請您撥冗幾分鐘填寫以下的「服務滿意度調查」並於服務結束後於兩日內回傳本會，感謝您提供寶貴意見，若有其它問題也歡迎來電詢問

一、基本資料：

申請者 (單位)		聯絡電話	
		E-mail	

二、本次服務資料：（請填寫本次實際服務狀況）

服務日期	民國      年      月      日	手譯員/聽打員 姓名	
服務時間	自    時    分    至    時    分	已自行付費	<input type="checkbox"/> 是_____元， <input type="checkbox"/> 否
從何處獲得手譯/聽打服務訊息：			
<input type="checkbox"/> 政府機關_____ <input type="checkbox"/> 聽障團體_____ <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 網路_____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他_____			

三、服務滿意表：

服務項目	滿意度	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
申請手譯/聽打過程：						
對於行政人員說明服務流程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的服務態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的派案效率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手譯/聽打服務過程：						
對於手譯/聽打的服務態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯/聽打派案到場準時性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯手語能力/聽打員準確性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯聽打的服裝儀容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他意見：						

免付費電話：0800-556-272 免付費傳真：0800-001-272

手機／簡訊：0928-982-772 Line 簡訊／視訊：yilanst E-mail：yilanst@nad.org.tw

申訴專線：02-2552-3082 申訴傳真：02-2552-3076