



宜蘭縣政府社會處

委託中華民國聾人協會辦理

108年度手語翻譯暨同步聽打服務



## 手語翻譯員培訓基礎班

# 招生簡介



### 招生對象

- 年滿18歲，高中職以上畢業，有意願報考手語翻譯員丙級技術士。
- 經本會面試通過者予以錄取。  
(目前從事身心障礙、志願服務相關工作者與聽障家屬為優先受訓對象)



### 上課時間

- 108年8月3日至8月20日 每週二18時至21時、每週六14時至17時及  
108年8月24日至12月7日 每週三18時至21時、每週六14時至17時
- 8/24、9/28、10/19、11/16、12/7等週六為10時至18時
  - 10/5週六配合補班改為18時至21時上課
  - 9/14、9/21、10/12暫停上課



### 上課地點

宜蘭縣政府社福館 (宜蘭縣宜蘭市同慶街95號)  
六樓第二會議室



### 面試須知

- 時間：7/27(六)早上10時  
地點：同上課地點  
應試內容：面試、肢體測驗  
(看圖比手畫腳、動作模仿)  
每人約五分鐘  
攜帶資料：學歷證明  
(以下資料如無免付)  
手語學習證明  
聽語障家屬殘障手冊  
從事身心障礙相關服務證明  
(請攜帶文件正本親自應試，驗畢歸還)



### 報名方式

填具報名表後，於7/22(一)前繳交：  
(以下方式擇一即可)

- Email: yilanst@nad.org.tw
- 郵寄地址：10356臺北市大同區  
太原路197號2樓  
中華民國聾人協會 李小姐收



### 洽詢管道

- 手機：0928-982-772  
Line ID: yilanst  
免付費電話：0800-556-272  
免付費傳真：0800-001-272  
申訴專線：02-2552-3082  
申訴傳真：02-2552-3076

編號：\_\_\_\_\_ ( 請勿填寫 )

宜蘭縣政府社會處委辦 108 年度手語翻譯員培訓基礎班 - 報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(個人正面清晰三個月內大頭照)
出生	年 月 日	年齡		
電話		手機		
E-MAIL		傳真		
最高學歷、科系		LINE ID		
通訊地址				
手語經歷	課程名稱：_____ 受訓時數：_____			
	辦理單位：_____			
	課程名稱：_____ 受訓時數：_____			
辦理單位：_____				
其他：( 請說明 )				
現況	<input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 有工作 ( 公司名稱：_____ 職稱：_____ ) <input type="checkbox"/> 在學 ( 學校名稱：_____ 科系：_____ ) <input type="checkbox"/> 志工服務：( 請說明服務單位及內容 ) <input type="checkbox"/> 其他：( 請說明 )			
報名動機	<input type="checkbox"/> 有意願從事手語翻譯工作 <input type="checkbox"/> 家庭或家族親戚中有聽障者 <input type="checkbox"/> 朋友中有聽障者 <input type="checkbox"/> 工作單位有聽障同事 <input type="checkbox"/> 對手語有興趣 <input type="checkbox"/> 其他：( 請說明 )			
檢附資料(影本) 【無則免附】	<input type="checkbox"/> 聽障家屬殘障手冊 <input type="checkbox"/> 從事身心障礙相關服務證明 <input type="checkbox"/> 手語學經歷證明			

