

# 臺南市手語翻譯服務申請表 (此面可自行影印)

基本資料	申請人或申請單位	身分證字號	申請日期	年 月 日	
	聯絡電話	傳 真	手機		
	聯絡地址	電子郵件			
	聯絡人姓名	聯絡方式	電話： 手機：		
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期 )，自 時 分至 時 分			
	服務地點 (地址)				
	現場聯絡人	現場聯絡方式	電話： 手機：		
	服務事由或性質	<input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 政見發表會 <input type="checkbox"/> 非涉刑責之筆錄案件 <input type="checkbox"/> 重大醫療 <input type="checkbox"/> 門診醫療 <input type="checkbox"/> 公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯 <input type="checkbox"/> 公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型) <input type="checkbox"/> 洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 職場輔導 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	活動名稱				
	服務人數	現場來賓人數約：	人	受服務聽(語)障者：	人
	手語習慣	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他_____			
備 註	1.申請書正本請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。 2.本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允。 3.夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。 4.為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。				
申請人身心障礙手冊證明正反面影本 或申請單位戳章		* 此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫			
		服務類別	<input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類		
		派遣人員			
		理事長簽章欄	行政人員簽章欄		
申請人簽章：		日期：	日期：		

主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會

電話：06-2002524 傳真：06-2006445 24H專線：0972-891553 電子信箱：voiced@voiced.org.tw  
Line(ID):voiced