

臺南市手語翻譯服務中心

服務意見回饋表

使用單位名稱/聽障者姓名：_____ 聯絡方式：_____

- 請問這次接受手語翻譯服務時間是：_____年_____月_____日
(星期_____) _____時_____分 ~ _____時_____分
- 請問這次手語翻譯服務您有自行支付任何費用嗎？是_____元 否
- 請問這次手語翻譯員名字：_____
- 請問您這次的手語翻譯員到場的時間是否準時？(臨時案件則不需勾選)
提早，約_____分鐘 準時 遲到，約_____分鐘
- 請問您覺得這次手譯員手語表達正確度如何？
非常清楚 清楚 還可以 不清楚 非常不清楚
- 請問您覺得這次手譯員的服務如何？
非常滿意 滿意 普通 不好 非常不好
- 請問您由哪裡知道有手語翻譯服務的消息？
公務機關(請註明單位名稱)：_____ 朋友、同事
社福社團(請註明社團名稱)：_____ 其他_____ 網站(請註明網站名稱)：_____ 其他_____
- 請問您覺得申請過程？很方便 還可以 不方便
- 請問行政人員態度、解說清楚嗎？
態度良好、解說清楚 還可以 態度不好、解說不清楚
- 請問對這次翻譯服務整體的服務滿意度如何？
非常滿意 滿意 尚可(請略作說明) _____
不好(請略作說明) _____
- 下次有機會您還會申請手語翻譯服務嗎？會 不一定 不會
- 請問您是否有其他意見或覺得我們可以繼續保持或改進的：

謝謝您提供我們寶貴的意見，有了您的回饋，我們會增加雙方的溝通默契，
並提供更好的服務品質！謝謝您！！

【本問卷填寫完畢後，請於三日內，傳至本手語翻譯服務中心--郵寄：710 台南市永康區中華路 349 號 8 樓之 1，傳真：06-3123197，E-Mail：voiced@voiced.org.tw】