

臺南市聽語障者手語翻譯及同步聽打服務

申訴表

申訴者姓名			申訴日期	年 月 日	
			聯絡方式	電話：	
				傳真：	
			手機：		
申訴事由 (請分項詳述)	發生日期	年 月 日		發生地點	
	申訴對象				
*以下粗框請勿填寫將由受理單位填寫					
處理情形 (請分項詳述)					
主管簽核					
回覆日期	年		月	日	

- 1、本申訴案件提出後，將於七個工作天內予以回覆。
- 2、如無具體內容或未具真實聯絡資料，致無法查證相關內容恕不予處理，請見諒。
- 3、申訴方式：申訴專線 06-3123195、電子郵件 voiced@voiced.org.tw、
傳真專線 06-3123197 及現場處理收件。