

臺南市聽語障者同步聽打服務意見回饋表

一、服務資料

1. 服務時間	年 月 日 時 分 ~ 時 分		
2. 使用者姓名/使用單位		使用者學歷	
3. 您從何得知本服務訊息？	<input type="checkbox"/> 公務機關 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 網站 <input type="checkbox"/> 親友、同事 <input type="checkbox"/> 宣導品 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 其他.....		
4. 您是否申請過本項服務？	<input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 申請過1-3次 <input type="checkbox"/> 申請過 4-6 次 <input type="checkbox"/> 申請過 7 次以上		

二、同步聽打服務意見回饋

1. 聽打員姓名					
2. 聽打員到場服務時間	<input type="checkbox"/> 提早 <input type="checkbox"/> 準時 <input type="checkbox"/> 遲到約.....分				
3. 同步聽打服務內容	(1)位置： <input type="checkbox"/> 看聽打布幕沒有阻礙 <input type="checkbox"/> 看聽打布幕有阻礙(請註明)				
	(2)燈光： <input type="checkbox"/> 過暗 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過亮 (如有調整可註明)				
	(3)錯別字： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，不影響閱讀 <input type="checkbox"/> 過多				
	(4)缺漏訊息： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，可接受 <input type="checkbox"/> 過多				
	(5)字幕： <input type="checkbox"/> 過小 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過大				
● 以下題項，請依照您對本次服務的滿意度給予回饋意見，以協助本會後續參考。	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
4. 對於本次聽打員態度					
5. 對於本次聽打員聽打速度					
6. 對於本次聽打有助您瞭解現場狀況					
7. 對於本次行政人員說明服務流程					
8. 對於本次行政人員的服務態度					
9. 對於本次行政人員的派案效率					
10. 對於本次聽打服務的整體滿意度					
11. 下次有機會您還會申請同步聽打服務嗎	<input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 不會				
12. 其他與服務有關的評語或建議：					

【本問卷填寫完畢後，請於三日內郵寄：710044 台南市永康區 349 號 8 樓之 1、傳真：06-3123197 或 E-Mail：voiced@voiced.org.tw】