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？	□公務機關　□學校　□網站　□親友、同事 □宣導品　□社福團體　□其他----------		
4.您是否申請過本項服務？	□首次申請 □申請過 1~3 次□申請過 4~6 次 □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	□提早　□準時　□遲到約----------分					
3.同步聽打服務內容	(1)位置：□看聽打布幕沒有阻礙□看聽打布幕有阻礙(請註明　　)					
	(2)燈光：□過暗 □適中 □過亮 (如有調整可註明　　)					
	(3)錯別字：□無　□有，不影響閱讀 □過多					
	(4)缺漏訊息：□無□有，可接受 □過多					
	(5)字幕：□過小 □適中 □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	□會　□不會				
12.其他與服務有關的評語或建議：					

- 請於服務後三天，將問卷以 E-mail(voiced@voiced.org.tw)或傳真(06-2006445)的方式回傳至

  台南市聲暉協進會