

嘉義市政府手語翻譯服務中心

◎服務對象

1. 設籍嘉義市之聽語障者為優先（請附身心障礙手冊影本、申請表）
2. 嘉義市公務機關、學校、醫療院所、社福團體、警政及司法單位

◎服務範圍

以嘉義市為優先，若聽語障者有需要者可擴大至嘉義縣

◎服務時間

1. 週一至週五，早上八點至下午五點半
2. 夜間及例假日僅提供必需性之服務，並依人力調配狀況派遣

◎服務項目

1. 洽公、求職面談、在職訓練、政令宣導、政見發表會等手語翻譯
2. 醫療門診、手術解說等醫療手語翻譯
3. 警政及法務偵察手語翻譯
4. 其他必要性之手語翻譯（限未涉及私人商業利益者）

◎手語翻譯申請方式（檢附身心障礙手冊影本、開會通知單或活動簡章）

1. 手語翻譯專線：05-2852698 轉 233，李先生（簡訊：0911-992991）
2. 手語翻譯傳真：05-2852928
3. 親至再耕園（嘉義市玉康路 160 號）填寫申請表

◎注意事項

1. 請事先預約申請翻譯服務，以免無法提供服務
2. 提出申請後欲取消服務者，請事先告知

嘉義市政府手語翻譯服務中心「手語翻譯服務」申請表

申請人 或 申請單位	身分證 號碼	聯絡 方式	<input type="checkbox"/> 電話：								
			<input type="checkbox"/> 傳真：								
			<input type="checkbox"/> 手機：								
現場 聯絡人	職稱	行動 電話									
E - Mail											
服務 日期	自	年	月	日	(星期)	服務 時間	自	午	時	分	
聽語障者 姓名					行動電話						
服務 事由											
服地 地點											
服務地點 交通 資訊	(請提供大眾交通工具、站牌名稱或明顯地標等服務地點相關資訊)										
服務 人數	全部	:	人	手語型態	<input type="checkbox"/> 自然手語	<input type="checkbox"/> 中文手語					
	聽障	:	人	(可複選)	<input type="checkbox"/> 手語+唇語						
【說明】： 1.單位申請者：請蓋申請單位戳印 2.個人申請者：請附身心障礙手冊正反面影本乙份						● 本案擬派遣手語翻譯員前往支援。 服務類別： ● 本案不符本中心規定，故不予派案。 原因：					
						主管簽章					
						承辦人簽章					
						粗框內為本單位審核欄，申請 單位請勿填寫，謝謝！		案號：			
【備註】：											