

臺南市手語翻譯服務申請表 (此面可自行影印)

基本資料	申請人 或 申請單位		身分證字號 或 統一編號		申請日期	年 月 日
	聯絡電話		傳真		手機	
	聯絡地址				電子郵件	
	聯絡人姓名			聯絡方式	電話：	
					手機：	
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期)，自 時 分 至 時 分				
	服務地點 (地址)					
	現場聯絡人			現場聯絡方式	電話：	
					手機：	
	服務事由 或 性質	<input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 政見發表會 <input type="checkbox"/> 非涉刑責之筆錄案件 <input type="checkbox"/> 重大醫療 <input type="checkbox"/> 門診醫療 <input type="checkbox"/> 公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯 <input type="checkbox"/> 公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型) <input type="checkbox"/> 洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 職場輔導 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 其他_____				
		※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。 活動名稱 _____				
	服務人數	現場來賓人數約： 人；受服務聽(語)障者： 人				
手語習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他_____					
備註	1. 申請書正本請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。 2. 本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允。 3. 夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。 4. 為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。					
申請人身心障礙證明正反面影本 或 申請單位戳章				*此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫		
				服務類別	<input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類	
				派遣人員		
				理事長簽章欄	行政人員簽章欄	
申請人簽章：	日期：		日期：			

主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會
 電 話：06-3123196 傳 真：06-3123197
 服務專線：0972-891553 電子信箱：voiced@voiced.org.tw
 Line(ID)：voiced