

屏東縣手語翻譯暨同步聽打服務窗口

「同步聽打服務」申請表

*粗框部分由本會填寫

案號：

*申請人相關資料

申請日期： 年 月 日

個人	申請者姓名		單位	單位全名	
	身分證號碼			聯絡人	
	戶籍地	☐ 屏東縣_____市、鄉 ☐ 其他_____縣、市		聯絡方式	☐ 電話：_____ ☐ 手機：_____ ☐ 傳真：_____ ☐ 其他：_____
	聯絡方式	☐ 簡訊：_____ ☐ 傳真：_____ ☐ LINE ID：_____ ☐ 其他：_____			

*申請服務內容

服務時間	自民國 年 月 日 時 分至民國 年 月 日 時 分				
活動名稱					
詳細服務地點	地點及地址				
	交通資訊	公車_____路、線、號_____站，其他_____			
服務人數	聽語障者	現場人數	☐ 自然手語 ☐ 中文式手語 ☐ 口語+手語 ☐ 不清楚是自然手語或中文式手語 ☐ 其他_____		
	共 人	約 人			
空間設備	1. ☐ 3位聽損者(含)以上活動，場地需自備 (1)投影機 (2)投影布幕 (3)筆記型電腦 ☐ 場地自備 ☐ 請聽打員自備 2. ☐ 1-2位聽損者參與之活動， 筆記型電腦 ☐ 場地自備 ☐ 請聽打員自備				
檢附文件	☐ 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 ☐ 開會通知單(含會議流程) ☐ 活動簡章(含流程) ☐ 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 ☐ 其他：_____				

本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。

立書人：

(簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)

- ☐本案擬由_____同步聽打員前往服務。
☐本案因_____，已轉介至_____派員協助。
☐本案因_____不符規定，故不予派案。

機構主管簽章：_____ 經辦人員簽章：_____

立業字號：屏府社政換字第 1000094737 號

會址：900 屏東市建豐路 180 巷 35 號

電話：(08)737-2174

傳真：(08)735-4930

手機簡訊：0979-812-665

E-mail：a7354930@yahoo.com.tw

註：領有身心障礙手冊或證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)