臺南市聽語障者手語翻譯及同步聽打服務

申訴表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申訴者姓名 |  | 申訴日期 |  年 月 日 |
| 聯絡方式 | 電話： |
| 傳真： |
| 手機： |
| 申訴事由(請分項詳述) | 發生日期 |  年 月 日 | 發生地點 |  |
| 申訴對象 |  |
|  |
| ＊以下粗框請勿填寫將由受理單位填寫 |
| 處理情形(請分項詳述) |  |
| 主管簽核 |  |
| 回覆日期 |  年 月 日 |

1、本申訴案件提出後，將於七個工作天內予以回覆。

2、如無具體內容或未具真實聯絡資料，致無法查證相關內容恕不予處理，請見諒。

3、申訴方式：申訴專線06-3123195、電子郵件voiced＠voiced.org.tw、

傳真專線06-3123197及現場處理收件。