**臺南市手語翻譯服務中心**

**服務意見回饋表**

使用單位名稱/聽障者姓名： 聯絡方式：

* 請問這次接受手語翻譯服務時間是： 年 月 日

（星期 ） 時 分 ～ 時 分

* 請問這次手語翻譯服務您有自行支付任何費用嗎？□是\_\_\_\_\_\_元 □否
* 請問這次手語翻譯員名字：
* 請問您這次的手語翻譯員到場的時間是否準時？（臨時案件則不需勾選）

□提早，約 分鐘 □準時 □遲到，約 分鐘

* 請問您覺得這次手譯員手語表達正確度如何？

□非常清楚 □清楚 □還可以 □不清楚 □非常不清楚

* 請問您覺得這次手譯員的服務如何？

□非常滿意 □滿意 □普通 □不好 □非常不好

* 請問您由哪裡知道有手語翻譯服務的消息？

□公務機關（請註明單位名稱）：

□社福社團（請註明社團名稱）： □朋友、同事

□網站（請註眀網站名稱）： □其他

* 請問您覺得申請過程？□很方便 □還可以 □不方便
* 請問行政人員態度、解說清楚嗎？

□態度良好、解說清楚 □還可以 □態度不好、解說不清楚

* 請問對這次翻譯服務整體的服務滿意度如何？

□非常滿意 □滿意 □尚可（請略作說明）

□不好（請略作說明）

* 下次有機會您還會申請手語翻譯服務嗎？□會 □不一定 □不會
* 請問您是否有其他意見或覺得我們可以繼續保持或改進的：

＿＿＿＿＿＿＿

謝謝您提供我們寶貴的意見，有了您的回饋，我們會增加雙方的溝通默契，

並提供更好的服務品質！謝謝您！！

【本問卷填寫完畢後，請於三日內，傳至本手語翻譯服務中心--郵寄：704台南市北區東豐路491號6樓之6，傳真：06-2006445，E-Mail：voiced＠voiced.org.tw】