**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** |  | **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 | □警政□司法□政見發表會□非涉刑責之筆錄案件□重大醫療□門診醫療□公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯□公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型)□洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等□就學□職場輔導□就業服務□諮詢□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** | □台灣手語 □中文手語 □口語+手語 □讀唇 □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 | □甲類 □乙類 □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：06-2002524 傳真：06-2006445

服務專線：0972-891553 電子信箱：voiced@voiced.org.tw

**Line(ID)：voiced**