臺南市聽語障者同步聽打服務意見回饋表

一、服務資料

|  |  |
| --- | --- |
| 1.服務時間 |  年 月 日 時 分～ 時 分 |
| 2.使用者姓名/使用單位 |  | 使用者學歷 |  |
| 3.您從何得知本服務訊息？ | □公務機關 □學校 □網站 □親友、同事□宣導品 □社福團體 □其他﹍﹍﹍﹍ |
| 4.您是否申請過本項服務？ | □首次申請 □申請過1-3次 □申請過 4-6 次 □申請過 7 次以上 |

二、同步聽打服務意見回饋

|  |  |
| --- | --- |
| 1.聽打員姓名 |  |
| 2.聽打員到場服務時間 | □提早 □準時 □遲到約﹍﹍﹍﹍分 |
| 3.同步聽打服務內容 | (1)位置：□看聽打布幕沒有阻礙□看聽打布幕有阻礙(請註明 ) |
| (2)燈光：□過暗 □適中 □過亮 (如有調整可註明 ) |
| (3)錯別字：□無 □有，不影響閱讀 □過多 |
| (4)缺漏訊息：□無 □有，可接受 □過多 |
| (5)字幕：□過小 □適中 □過大 |
| * 以下題項，請依照您對本次服務的滿意度給予回饋意見，

以協助本會後續參考。 | 非常滿意 | 滿意 | 尚可 | 不滿意 | 非常不滿意 |
| 4.對於本次聽打員態度 |  |  |  |  |  |
| 5.對於本次聽打員聽打速度 |  |  |  |  |  |
| 6.對於本次聽打有助您瞭解現場狀況 |  |  |  |  |  |
| 7.對於本次行政人員說明服務流程 |  |  |  |  |  |
| 8.對於本次行政人員的服務態度 |  |  |  |  |  |
| 9.對於本次行政人員的派案效率 |  |  |  |  |  |
| 10.對於本次聽打服務的整體滿意度 |  |  |  |  |  |
| 11.下次有機會您還會申請同步聽打服務嗎 | □會 □不會 |
| 12.其他與服務有關的評語或建議：  |

【本問卷填寫完畢後，請於三日內郵寄：710044台南市永康區349號8樓之1、傳真：06-3123197或E-Mail：voiced＠voiced.org.tw】