臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理

**臺北市聽語障溝通服務方案**申訴表

案號：＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申訴者姓名 |  | 申訴對象 |  |
| 申訴日期 | 民國 年 月 日 | | |
| 申訴事由 |  | | |

單位：社團法人中華民國聽障人協會 會址：11167 台北市士林區承德路四段58巷10弄6號1樓

行政人員：黃小姐、林先生 電話：0800-365-224 傳真：0800-365-624

手機／簡訊：0963-047-723 e-mail：[cnad002@gmail.com](mailto:cnad002@gmail.com)

線上申辦系統：https://www.theme.gov.taipei/sign2hear/

本會網址：http://www.cnad.org.tw 申訴專線：0978-322023