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**滿意度調查表

敬啟者:

您好，非常高興有機會能為您提供此次手譯/聽打服務，為提升及改善服務品質，請您撥冗幾分鐘填寫以下的「服務滿意度調查」並於服務結束後於兩日內回傳本會，感謝您提供寶貴意見，若有其它問題也歡迎來電詢問

一、基本資料：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (單位) |  | 聯絡電話 |  |
| E-mail |  |

二、本次服務資料：（請填寫本次實際服務狀況）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服務日期 | 民國 年 月 日 | 手譯員/聽打員  姓名 |  |
| 服務時間 | 自時分至時分 | 已自行付費 | □是 元，□否 |
| 從何處獲得手譯/聽打服務訊息：  □政府機關 □聽障團體 □親友告知  □網路 (請註明網站名稱) □其他 | | | |

三、服務滿意表：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 滿意度  服務項目 | 非常  滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常  不滿意 |
| 申請手譯/聽打過程： | | | | | |
| 對於行政人員說明服務流程 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對於行政人員的服務態度 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對於行政人員的派案效率 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 手譯/聽打服務過程： | | | | | |
| 對於手譯/聽打的服務態度 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對於手譯/聽打派案到場準時性 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對於手譯手語能力/聽打員準確性 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 對於手譯聽打的服裝儀容 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 其他意見： | | | | | |

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