

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	<input type="checkbox"/> 是_____元， <input type="checkbox"/> 否
從何處獲得手譯/聽打服務訊息：			
<input type="checkbox"/> 政府機關_____ <input type="checkbox"/> 聽障團體_____ <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 網路_____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他			

三、服務滿意表：

服務項目	滿意度	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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的派案效率		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手譯/聽打服務過程：						
對於手譯/聽打的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯/聽打派案到場準時性		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯手語能力/聽打員準確性		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯聽打的服裝儀容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

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

