

## 嘉義市政府手語翻譯服務中心「手語翻譯服務」申請表

申請人或申請單位		身分證號碼		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> 手機：
現場聯絡人		職稱		行動電話	
E-Mail					
服務日期	自 年 月 日 (星期 )	至 年 月 日 (星期 )	服務時間	自 午 時 分	至 午 時 分
聽語障者姓名			聯絡方式		
服務事由					
服務地點					
服務地點交通資訊	(請提供大眾交通工具、站牌名稱或明顯地標等服務地點相關資訊)				
服務人數	全部聽障 :	人	手語型態 (可複選)	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語	
<b>【說明】：</b> 1.單位申請者：請蓋申請單位戳印 2.個人申請者：請附身心障礙手冊正反面影本乙份			● 本案擬派遣翻譯員_____前往支援。  服務類別： <input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類  ● 本案不符本窗口規定，故不予派案。  原因：		
			主管簽章		
			承辦人簽章		
			粗框內為本單位審核欄，申請單位請勿填寫，謝謝！		案號：
手語翻譯服務申訴 電話：(05) 2220072 嘉義市政府社會處 傳真：(05) 2253551					