



新竹縣政府委託社團法人新竹縣天使之音協會辦理  
 新竹縣 113 年度手語翻譯暨聽打服務方案  
 手語翻譯服務滿意度意見回饋調查表



敬啟者：

您好！很高興有機會能為您提供手語翻譯服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」並於翻譯服務結束後 24 小時內回傳本協會，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連絡。

案號：

**\*基本資料：**（以下資料僅作為將來相關福利措施、訊息通知使用）

申請者 (單位)	聯絡方式
-------------	------

**\*本次服務相關內容：**

接受手語翻譯服務的時間： 年 月 日自 時 分至 時 分
請問提供服務的手語翻譯員名字是：
本次服務有自行支付任何費用嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，金額 元
本服務應於前三日(不含例假日)提出， <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚本服務需三日前提出申請。
服務需求：聽障者使用手語的習慣是？(如您為機關團體申請或不清楚者，可跳至下一題) <input type="checkbox"/> 中文手語(文字+口語手語) <input type="checkbox"/> 自然手語(聾人手語) <input type="checkbox"/> 其他
服務宣傳：從何處獲得手語翻譯服務訊息： <input type="checkbox"/> 政府機關 _____ <input type="checkbox"/> 聽障相關團體 _____ <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 網路 _____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他 _____

**\*服務滿意度調查表：**

項 目	滿意度	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
<b>【行政滿意度】</b>						
申請流程簡單方便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手語翻譯暨聽打服務派遣窗口，服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>【手語翻譯員滿意度】</b>						
本次翻譯員的手語看得懂		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本次翻譯員的翻譯位置(站或坐)，手語看得清楚嗎？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本次翻譯員的衣著，手語看得清楚		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本次翻譯員的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>【其他意見—鼓勵或建議】：</b>						

★我同意提供上述個人資料予本協會進行手語翻譯暨聽打服務滿意度意見回饋調查表訊息提供之使用，並瞭解個人資料僅使用於上述相關用途上，且協會將依「個人資料保護法」確保我的個人資料於該團隊業務使用，不隨意外洩。

★我瞭解可依「個人資料保護法」第三條規定，行使相關查詢、補充、更正刪除權。

立案字號：府社行字第 99086、 會址：302 新竹縣竹北市縣政七街 3 號



行政人員:沈小姐 電話:0800-668311 傳真:0800-668211  
 手機/簡訊:0978-172-677(申訴專線) E-mail: [hcg.angel@gmail.com](mailto:hcg.angel@gmail.com)

新竹縣政府委託社團法人新竹縣天使之音協會辦理  
 新竹縣 113 年度手語翻譯暨聽打服務方案  
 聽打服務滿意度意見回饋調查表



敬啟者:

您好!很高興有機會能為您提供聽打服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」並於翻譯服務結束後 24 小時內回傳本協會，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連絡。

**\*基本資料：**(以下資料僅作為將來相關福利措施、訊息通知使用) 案號：

申請者 (單位)	聯絡方式 E-mail
-------------	----------------

**\*本次服務相關內容：**

接受聽打服務的時間：	年 月 日自 時 分至 時 分
請問提供服務的聽打服務員名字是：	
續上題，是否曾接受過同位聽打服務員的服務：	<input type="checkbox"/> 是，第_____次 <input type="checkbox"/> 否
本次服務有自行支付任何費用嗎？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，金額_____元
本服務應於前三日(不含例假日)提出，	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚本服務需三日前提出申請。
<b>服務宣傳：</b> 從何處獲得手語翻譯服務訊息：	
<input type="checkbox"/> 政府機關_____ <input type="checkbox"/> 聽障相關團體_____ <input type="checkbox"/> 親友告知	
<input type="checkbox"/> 網路_____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他_____	
聽打服務現場	位 置： <input type="checkbox"/> 看聽打布幕沒有阻礙 <input type="checkbox"/> 看聽打布幕有阻礙 (請註明)
	燈 光： <input type="checkbox"/> 過暗 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過亮 (如有調整可註明：
	錯別字： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，不影響閱讀 <input type="checkbox"/> 過多，影響閱讀
	缺漏訊息： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，可接受 <input type="checkbox"/> 過多
	聽打員態度： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 差

**\*服務滿意度調查表：**

項 目	滿意度	非常滿意	滿意	沒意見	不滿意	非常不滿意
<b>【行政滿意度】</b>						
申請流程簡單方便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手語翻譯暨聽打服務派遣窗口，服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>【聽打服務員滿意度】</b>						
本次聽打服務員的內容看得懂		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本次聽打服務員的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>【其他意見—鼓勵或建議】：</b>						

★我同意提供上述個人資料予本協會進行手語翻譯暨聽打服務滿意度意見回饋調查表訊息提供之使用，並瞭解個人資料僅使用於上述相關用途上，且協會將依「個人資料保護法」確保我的個人資料於該團隊業務使用，不隨意外洩。

★我瞭解可依「個人資料保護法」第三條規定，行使相關查詢、補充、更正刪除權。

立案字號:府社行字第 99086、 會址:302 新竹縣竹北市縣政七街 3 號

行政人員:沈小姐 電話:0800-668311 傳真:0800-668211

手機/簡訊:0978-172-677(申訴專線) E-mail: [hcg.angel@gmail.com](mailto:hcg.angel@gmail.com)