

高雄市同步聽打服務申請表

申請日期： 年 月 日

申請人 / 申請單位相基本資料

聽障者申請	姓名		單位申請	單位全名	
	聯絡方式	手機簡訊： 電話/傳真： 電子信箱：		聯絡人	
	活動主辦單位	單位名稱： 聯絡電話：		聯絡方式	電話： 手機： 電子信箱： 地址：

申請內容

服務日期	____年____月____日(星期____)自____時____分至____時____分,共____時		
服務事由	(應未涉及私人商業利益)		
服務地點	(請詳填地址、廳室)		
服務人數	聽語障者人數： 人	溝通方式 ☐ 口語 ☐ 手語 ☐ 筆談(可複選)	來賓人數： 人
空間設備 (請勾選)	1. 聽語障者 1~2 人所需設備：筆記型電腦 ☐ 自備 ☐ 請聽打員攜帶 2. 聽語障者 3 人以上所需設備：(若須投影，請務必事先確認現場投影位置) (1) 投影機 ☐ 自備 ☐ 請聽打員攜帶 (2) 投影布幕 ☐ 自備 ☐ 請聽打員攜帶 (3) 筆記型電腦 ☐ 自備 ☐ 請聽打員攜帶		
注意事項	1. 請詳讀【同步聽打服務申請須知】，且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實。 2. 請務必準時，臨時取消或變更時間請即早提出， 若遲到逾 20 分鐘以上，聽打服務將自動取消。 3. 請於服務結束後填寫意見回饋表並於三日內回傳至本中心，以作為聽打服務成效之參考依據。 4. 本申請表所蒐集之個人資料，僅作為同步聽打服務使用，並遵守個人資料保護法相關規定。 5. 各類活動、會議、講座、研習請於申請時檢附流程、講義、簡章、議程等相關資料。 6. 申請單送出後請務必來電或簡訊(陳先生手機：0971-300-105)確認，謝謝！		
備註	設籍外縣市聽語障者及單位亦可提出申請於本市轄內提供服務。		

申請單位戳章

★此粗框內由派遣窗口填寫，申請者請勿填寫

(聽語障者申請，請黏貼身障證明/手冊影本)

案號： 派案日期： 年 月 日

1. 審核結果：

☐符合申請派遣標準 ☐自費申請

☐不符合申請派遣標準，轉介其他單位。

說明：_____

2. 派遣人數：____人。

聽打員：_____

承辦人核章： 督導核章：

申請人簽章：_____

【高雄市聲暉協會聯絡方式】陳先生手機：0971300105(LINE:2429375)鄭先生手機：0986122908
 電話：(07)231-5626、231-5627 傳真：(07)241-9375 E-mail：ksda.wingnet@gmail.com
 地址：高雄市苓雅區青年二路 210 號 10 樓