社團法人彰化縣聲暉協進會

彰化縣同步聽打服務服務回饋表

敬啟者:

 您好!很高興有機會能為您提供同步聽打服務，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」，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連繫。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人或申請單位 |  |
| 服務日期及時間 | 年 月 日 午 時 分～ 午 時 分 |
| 您從何處得知有同步聽打服務的訊息?(可複選) | □政府機關 □新聞媒體 □啟聰學校□朋友 |
| □網路□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □團體名稱：  |
| 您使用什麼樣的方式申請同步聽打服務? | □簡訊□手機APP□E-mail□朋友轉知 |
| □親臨窗口申請□電話□其他:  |
| 本次為您服務的聽打員姓名？ |   |
| 聽打員到場服務的時間？ | □提早 □準時 □遲到\_\_\_\_\_\_分 |
| 請問您覺得這次聽打員打字速度跟得上說話者？ | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員不確定或遺漏之訊息會留白或加註 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員能以完整語句呈現，訊息不片斷 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 您覺得聽打員的服務態度十分良好 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 您對於行政人員的服務態度感到滿意 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 您對本次派案速度感到滿意 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員不會經常出現錯字 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 整體而言，本次服務對您的幫助很大 | □非常同意 □同意 □尚可 □不同意 |
| 如您對於本次同步聽打服務有其他建議或鼓勵，煩請不吝寫下提供給即時聽打服務承辦單位，您的寶貴意見將是本單位提升服務品質的重要指標。(我的建議如下)單位申請於本欄位蓋妥單位戳章或關防個人申請於本欄位簽名簽名欄謝謝提供寶貴意見，有了您的回饋，增加雙方溝通默契並提供更好的服務品質！謝謝！ |

※請申請單位或個人請於服務結束後**3曰**內填寫本表連同申請表，紙本寄回「手語翻譯服務窗口」。

 再次感謝您撥冗回答此份問卷，我們將依據您的回饋，修正並提供更好的服務品質！

電話：04-8361223 傳真：04-8361224

Email：chdeaf@yahoo.com.tw

受理單位名稱：社團法人彰化縣聲暉協進會

住址：510彰化縣員林鎮莒光路745巷6號