

臺南市殯葬管理所手語翻譯及同步聽打服務申請表

基本資料	申請人姓名		身分證字號		申請日期	年 月 日
	聯絡電話		傳真		手機	
	聯絡地址					
	聯絡方式	電子郵件 電話： 手機：				
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期) 自 時 分 至 時 分				
	服務地點	<input type="checkbox"/> 南區殯儀館 明德廳 <input type="checkbox"/> 新營福園殯儀館 景德廳				
	服務內容	<input type="checkbox"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 同步聽打				
	服務人數	現場來賓人數約： 人；受服務聽(語)障者： 人				
	手語習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本(障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障之多重障礙)				
	備註	1. 本申請表須於告別式前至少 7 日提出。 2. 若欲取消服務，請提前至少 3 日通知，以利人力安排。				
	聲明	申請人確認所填資料正確無誤，並同意依申請流程辦理。				
申請人簽名				申請日期	年 月 日	

★此粗框內由本所填寫，申請者請勿填寫

辦理經過	1. 聯繫協會：於 年 月 日聯繫社團法人台南市聲暉協進會(06-3123196)，申請人力調度。 2. 人力媒合：於 年 月 日由聲暉協進會回覆，確認手語翻譯員：(姓名 ，手機)，將於告別式當日提供服務。 3. 通知申請人：於 年 月 日聯繫申請人，告知手語翻譯員已安排妥當，並確認相關事宜。 4. 其他：
------	--

南區殯儀館洽詢電話：06-2144333 轉 501~507，傳真：06-2144337

新營福園殯儀館服務中心：06-6594441 轉 11、16~18，傳真：06-6594447

受理人：

業務承辦：

業務組長：