

社團法人嘉義縣聲暉聽障協會

104 年度手語初階班報名表

- 一、目的：依據政府身心障礙者手語翻譯服務實施計畫辦理。
為持續協助聽語障人士之溝通環境，保障其基本『知』的權益，解決其洽公需求，進而營造聽語障溝通無礙的環境。
- 二、指導單位：衛生福利部社會及家庭署、嘉義縣社會局
- 三、主辦單位：社團法人嘉義縣聲暉聽障協會
- 四、時間：民國 104 年 4 月 15 日起至 104 年 6 月 17 日止
每週三下午 1 時 30 分至 4 時 30 分，共計 30 小時
- 五、地點：嘉義縣政府創新學院（嘉義縣太保市祥和二路東段 8 號）
- 六、參加對象：1.縣內公務機關、警政、法院、醫療院所等單位之承辦人員、志工、學校教職員等。
2.家有聽語障者之眷屬、且以手語為溝通模式者。
3.一般社會大眾等對手語有興趣具服務熱誠者。
- 七、參加人數：共計 30 人。
註：凡上課時數達百分之八十者，結訓後頒發結訓證書。
若學員為軍公教人員亦提供研習時數證明。
- 八、報名方式：親自或委託、郵寄、傳真、E-mail 均可；報名資料請填寫完整。
專線：05-2204079、傳真：05-2204105 及手機：0933-359-158。
E-mail：mama990015@yahoo.com.tw
- 九、受理期間：即日起至 4 月 14 日為止
- 十、保證金：500 元整，始為報名完成。凡上課時數達百分之八十者結業時退還。
劃撥帳號：31245251 戶名：社團法人嘉義縣聲暉聽障協會（請註明班別）
親臨繳費：社團法人嘉義縣聲暉聽障協會（嘉義縣民雄鄉大崎村 14 甲 4 之 6 號）

報名表

姓名		性別		出生日期	年	月	日
身份證字號				聯絡電話			
單位名稱				職 稱			
通訊地址							
電子信箱							
手語相關經驗							

專線：05-2204079 手機：0933-359-158 傳真：05-2204105 傳真後請再電話確認
聯絡人：翁小姐