



預約團體手翻編號(內部): _____

申請單位基本資料

申請單位 :

聯絡人姓名 :

電話 :

傳真號碼 :

電郵 :

活動資料

名稱 : _____

日期 : _____

時間 : _____

地點 : _____

備註 :

申請時請與聾人服務中心了解相關收費及留意以下事項，本中心查詢電話:2826 1658。

如活動有上、下午場次及不同會場，請詳細告知各場次日期、時間、地點等資料，以便本中心安排足夠人員。

申請人簽名及機構蓋章 : _____

申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意事項

- (1) 使用手語翻譯服務以小時作單位計算，如不足 1 小時者均按 1 小時計算。
- (2) 手語翻譯員只對談話內容進行手語翻譯，談話內容概與翻譯員及本中心無關。
- (3) 本中心提供的手語翻譯服務以澳門手語及廣東話為主要翻譯語言。
- (4) 若翻譯超出 1 小時，機構將視乎情況安排多於一名翻譯人員，並收取相關費用。
- (5) 活動日期如有變動或取消，須 2 個工作天前以書面、傳真或電郵方式通知本中心。
- (6) 服務取消收費原則 (政府及團體):
 - 兩個工作天前通知，不收取費用
 - 一個工作天前通知，收取服務總費用之 70%；
 - 不足 24 小時通知，收取費用全數
- (7) 為更好地提供優質的翻譯服務，申請單位請作以下配合：
 - 請於活動/翻譯前兩天或以上提供相關的稿件或翻譯資料
 - 有兩名或以上之翻譯人員，需安排合適的時間及翻譯位置，以便安排輪替。
- (8) 本中心保留最終解釋、修改本指引及最終是否提供服務的權利。

此欄由本中心填寫

收表人:		收表日期:	
批核:	批核: <input type="checkbox"/> 接受申請 <input type="checkbox"/> 不接受申請(請註明理由: _____)		
費用:	<input type="checkbox"/> 收費(詳情敬請查看報價回覆及與本中心協調員聯絡) <input type="checkbox"/> 不收費		
核實翻譯日期及時間:			
手語翻譯員:		協調員:	

辦公地點：澳門林茂海邊大馬路無門牌號數信譽灣畔第 2 座 H R/C 聾人服務中心

查詢電話：2826 1658 (馮先生或劉小姐) 傳真：2826 1604 電郵：dcenter@mda.org.mo