|  |
| --- |
| **高雄市政府勞工局 年度身心障礙者手語翻譯暨同步聽打申請** |
| **手語翻譯暨同步聽打服務簽到退表** |
| **手譯、聽打人員** |
| **日期** | **簽到時間** | **簽退時間** | **服務時數(小時)** | **簽到** | **簽退** | **備註** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| **受服務人員** |
| **日期** | **簽到時間** | **簽退時間** | **受服務時數(小時)** | **簽到** | **簽退** | **備註** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| **共計： 小時** |
|  |  |  | **申請單位或申請人簽章** |  |  |