



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

心理宣傳教育月度報告

Divulgação educativa sobre
aconselhamento psicológico
Relatório da Actividade
編號 N.º: CAPO 08

注意事項 Observações

- 請以正楷字體填寫，並用☑指出選項 Preencha em letra de imprensa e assinale com ☑ a sua resposta.
- 所有金額以澳門元計算 Todos os valores são calculados em patacas.

報告年度 Ano do Relatório		受資助期間 Período do apoio financeiro	____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 日 Dia 月 Mês 年 Ano até 日 Dia 月 Mês 年 Ano
--------------------------	--	--------------------------------------	--

第一部分：社團的基本資料 1.ª PARTE: Informações básicas sobre a Associação

社團名字全稱 Nome completo da Associação						
聯絡人姓名 Nome da pessoa de contacto		聯絡電話 N.º de Telefone		電郵 Email		圖文傳真 N.º de Fax

第二部分：活動資料 2.ª PARTE: Informações da actividade

序 N.º	日期 (日/月/年) Data (Dia/Mês/Ano)	時間 Hora	主題名稱 Nome	地點 Local	對象 Destinatário	參與人數 N.º de participantes
1)		__: __ ~ __: __				
2)		__: __ ~ __: __				
3)		__: __ ~ __: __				
4)		__: __ ~ __: __				
5)		__: __ ~ __: __				
6)		__: __ ~ __: __				
7)		__: __ ~ __: __				
8)		__: __ ~ __: __				
9)		__: __ ~ __: __				
10)		__: __ ~ __: __				
當月總場數 Total de sessões no mês em causa				當月總報銷金額 (MOP) Valor total do reembolso no mês em causa (MOP)		

第三部分：活動成效 3.ª PARTE: Eficácia da actividade

註：倘空間不足，請用白紙補充各項內容或另行附上完整報告。

Nota: caso o espaço não seja suficiente, utilize um papel branco para complementar os conteúdos ou anexe o relatório completo separado.

1. 活動的目標

Objectivo da actividade

--



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

心理宣傳教育月度報告

Divulgação educativa sobre
aconselhamento psicológico
Relatório da Actividade
編號 N.º: CAPO 08

2. 活動的內容和活動當日的情況 Conteúdo e situação da actividade quanto à realização da mesma
3. 如活動的舉行日期、地點、形式和內容等有所更改 (對比提交衛生局的計劃)，請說明更改的項目和原因 Indique os itens alterados e justifique os motivos em caso de alteração da data, local, forma e conteúdo da actividade (tendo em conta o projecto inicial apresentado aos Serviços de Saúde)
4. 實際執行情況 (包括是否按照規劃執行、已使用 / 參與人數、使用者對象的意見回饋、遇到的問題及解決情況等) Situação real de execução (incluindo a execução ou não dos serviços financiados de acordo com o planeamento apresentado na candidatura, o número de utilizadores/participantes, o <i>feedback</i> dos utilizadores, os problemas encontrados e as suas soluções, etc.)
5. 活動是否達到預期的目的及成效？請詳細說明 O objectivo e a eficácia da actividade foram atingidos? É favor pormenorizar.
6. 舉辦機構對活動的總體評價和建議 Comentário geral e recomendações sobre a actividade desenvolvida apresentados pela entidade organizadora



第四部分：附同資料 4.ª PARTE: Documentos acompanhados

- 相片__張 (最少 5 張、可提供資料光碟)
__ fotografia(s) (pelo menos 5 fotos, podendo entregá-las em CD-ROM)
- 活動完成證明文件 (須具雙方簽署及蓋章) __份
__ documento(s) comprovativo(s) da realização da actividade (Deve ser assinado e carimbado por ambas as partes)
- 剪報副本__份
__ cópia(s) de recortes de jornais
- 宣傳資料·請註明 (海報、橫額類只需提供照片) :
Informações destinadas à promoção, indique (Para cartazes e banners, é apenas necessário fornecer fotos)

- 其他·請註明 Outros, indique

第五部分：責任聲明 5.ª PARTE: Declaração de responsabilidade

茲聲明·本人已清楚知悉以下事項：

Para os devidos efeitos, declaro o seguinte:

- 衛生局制定的相應《資助計劃》、資助指引及規範的內容 (詳情請參閱衛生局網頁·或公共資產監督管理局的公共財政資助對外公佈資料平台)·並願意遵守和履行有關的義務。
Tenho pleno conhecimento do “Plano de apoio financeiro”, das orientações e das normas de apoio financeiro formulados pelos Serviços de Saúde (para mais detalhes, queira aceder à página electrónica dos Serviços de Saúde ou à Plataforma da divulgação pública das informações de apoio financeiro público da Direcção dos Serviços da Supervisão e da Gestão dos Activos Públicos) e que estou disposto a cumprir e executar os deveres relevantes.
- 倘衛生局要求機構遞交補充的文件及資料時·根據經現行十月十一日第 57/99/M 號法令核准的《行政程序法典》第七十三條第二款規定·機構在接獲衛生局通知的翌日起計 15 日內遞交有關文件·否則被視為自動放棄申請·有關報銷資料自動作歸檔處理·但屬衛生局接納的合理理由者除外。
Tenho pleno conhecimento de que, caso os Serviços de Saúde solicitem a um candidato a apresentação de documentos e informações complementares, nos termos do n.º 2 do artigo 73.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 57/99/M, de 11 de Outubro, em vigor, o candidato deve apresentar os respectivos documentos, no prazo de 15 dias contados a partir do dia seguinte ao da recepção da notificação dos Serviços de Saúde. Caso contrário, será considerado desistência automática da candidatura, sendo as respectivas informações apresentadas arquivadas automaticamente, salvo em casos devidamente fundamentados e aceites pelos Serviços de Saúde.
- 本報告所填寫的內容·以及所提供的文件均按衛生局相關規定及指引進行·且屬真實;倘有不實或欺詐之情況·本人及機構需要將獲批給的資助款項全數或部分退回衛生局·並承擔相應法律責任。
Tenho pleno conhecimento de que o preenchimento deste requerimento e dos seus anexos, bem como a apresentação dos documentos estão de acordo com os regulamentos e orientações pertinentes dos Serviços de Saúde, e as informações constantes são verdadeiras. Em caso de inexactidão das informações referidas ou fraude, eu próprio e a organização devemos devolver, total ou parcialmente, as verbas de apoio financeiro concedidas aos Serviços de Saúde, e assumir as respectivas responsabilidades legais.

備註： Nota	負責人簽署及社團蓋章 Assinatura do responsável e carimbo da associação
	_____ 姓名 Nome : 職稱 Cargo : 日期 Data : ____ / ____ / ____ 日 Dia 月 Mês 年 Ano