

接受衛生福利部公益彩券回饋金補助計畫成果報告表

受補助單位				統一編號	
計畫名稱				計畫編號	
計畫執行概況	時間	自 年 月 日 至 年 月 日	☐ 與計畫預定時間相同。 ☐ 因故更改時間，原因：		
	地點	【服務區域或活動辦理地點】		☐ 與計畫預定地點相同。 ☐ 因故更改地點，原因：	
	【含單位服務時間、活動內容及服務對象】				
受益人數/人次	預期辦理 ☐ 場次/ ☐ 受益人數/ ☐ 受益人次		☐ 場次（A）： ☐ 人數（a）： ☐ 人次（a）：		
	實際辦理 ☐ 場次/ ☐ 受益人數/ ☐ 受益人次		【本項無則免填】 場次/（B）： 場次達成率（B/A）： %		
			男性（b）： 人、 人次 女性（c）： 人、 人次 人數達成率（《b+c》/a）：人數 %、人次 %		
效益評估	【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】				
	預期效益				
	實際效益	【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】			
計畫主辦人			機關 關 防 / 		
聯絡電話					

電子信箱		團體	
------	--	----	--