

文件編號：\_\_\_\_\_

填寫後請傳真致 (853) 2875 1395 或電郵 [enquiry@ccm.gov.mo](mailto:enquiry@ccm.gov.mo) 。

如有查詢，歡迎致電 (853) 8797 7301 或 8797 7306 。

## 第一部份 租賃場地

- |                                   |                                |   |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 綜合劇院     | <input type="checkbox"/> 小劇院   | <input type="checkbox"/> 會議室： <input type="checkbox"/> 全室 <input type="checkbox"/> 2/3 室 <input type="checkbox"/> 1/3 室 |
| <input type="checkbox"/> 四樓管弦樂排練室 | <input type="checkbox"/> 一號音樂室 | <input type="checkbox"/> 二號音樂室  |
| <input type="checkbox"/> 二樓多功能排練室 | <input type="checkbox"/> 二樓舞蹈室 | <input type="checkbox"/> 貴賓廳  |
| <input type="checkbox"/> 一樓大堂     | <input type="checkbox"/> 藝術廣場  | <input type="checkbox"/> 其它 _____   |

## 申請日期和時間

	日期	時間
第一選擇		
第二選擇		

## 第二部份 活動內容

活動名稱：\_\_\_\_\_

活動性質：\_\_\_\_\_

活動詳情：\_\_\_\_\_

(如主題、劇目、節目及藝人 / 講者姓名等，倘有藝人並非澳門居民，請註明國籍)

是否會在活動期間售票？  會  不會

是否會在活動進行期銷售商品？  會  不會

如果會，請說明票價或會銷售商品項目：

---



---



---

---

---

**第三部份 申請人資料**

以個人名義申請者，請填寫此欄。 —請提供住址證明及身份證明文件（謹作核實之用）

申請人姓名 : \_\_\_\_\_  
聯絡電話 : \_\_\_\_\_  
傳真 : \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_  
電郵 : \_\_\_\_\_

以團體名義申請者，請填寫此欄。 —請連同政府公報上的團體簡介副本一併提交

團體名稱 : \_\_\_\_\_  
(註冊名稱)  
團體性質 :  註冊非牟利       慈善       商業  
 政府部門       其他: \_\_\_\_\_  
聯絡電話 : \_\_\_\_\_  
傳真 : \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_  
電郵 : \_\_\_\_\_

---

---

**第四部份 負責安排該活動的聯絡人資料（倘與上以不同）**

聯絡人姓名 : \_\_\_\_\_  
聯絡電話 : \_\_\_\_\_  
傳真 : \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_  
電郵 : \_\_\_\_\_

<p>申請人簽署／蓋章印鑑</p>   <p>姓名 : _____ 職位 : _____ 日期 : _____</p>	<p>文化中心專用</p>   <p>姓名 : _____ 職位 : _____ 日期 : _____</p>
--	--

# Pedido de reserva de instalações

Refª do doc: \_\_\_\_\_

Preencha por favor o impresso e envie-o por fax (853) 2875 1395 ou email para [enquiry@ccm.gov.mo](mailto:enquiry@ccm.gov.mo).

## 1ª PARTE Locais de Arrendamento

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grande Auditório              | <input type="checkbox"/> Pequeno Auditório | <input type="checkbox"/> Sala de conferências:<br><input type="checkbox"/> inteira <input type="checkbox"/> 2/3 sala <input type="checkbox"/> 1/3 sala |
| <input type="checkbox"/> Sala de Ensaio para Orquestra | <input type="checkbox"/> Estúdio de Música | <input type="checkbox"/> Sala VIP  |
| <input type="checkbox"/> Sala de Ensaio Multi-usos     | <input type="checkbox"/> Estúdio de Dança  | <input type="checkbox"/> Plaza da Arte   |
| <input type="checkbox"/> Átrio de Entrada              | <input type="checkbox"/> Outros: _____     |  |

### Data e Hora

	Data	Hora
Opção 1		
Opção 2		

## 2ª PARTE Descrição do Evento

Nome do Evento : \_\_\_\_\_

Natureza do Evento : \_\_\_\_\_

Especificação do Evento : \_\_\_\_\_

(por ex. Tema, título, programas e nomes dos artistas/oradores etc. Pr favor especifique o país de origem se houver quaisquer artistas não residentes em Macau.)

Haverá venda de bilhetes para este evento?  **Sim**  **Não**

Haverá venda de artigos durante o evento?  **Sim**  **Não**

Se sim, indique por favor os preços dos bilhetes e artigos à venda

---



---



---

---

**3ª PARTE**      **Informações do Requerente*****Pedido individual, preencha, por favor, esta secção***

Nome completo : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Endereço : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

***Pedido de Organização, preencha, por favor, esta secção***

Nome da Organização : \_\_\_\_\_  
(nome registado)  
Natureza da Organização :  Entidade sem fins lucrativos       Caridade       Comercial  
 Governamental       Outros: \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Endereço : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

---

**4ª PARTE**      **Dados pessoais para contacto**

Nome Completo : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Endereço : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo	Para uso exclusivo do CCM
Nome : _____	Nome : _____
Título : _____	Título : _____
Data : _____	Data : _____



# Application for Venue Booking

Document No.: \_\_\_\_\_

Please fill in this form and fax back to us at (853) 2875 1395 or email to [enquiry@ccm.gov.mo](mailto:enquiry@ccm.gov.mo). For further assistance, please contact (853) 8797 7301 or 8797 7306.

---

**PART I HIRING VENUE**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grand Auditorium             | <input type="checkbox"/> Small Auditorium | <input type="checkbox"/> Conference Room:<br><input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> 2/3Rm <input type="checkbox"/> 1/3Rm |
| <input type="checkbox"/> Orchestra Rehearsal Room     | <input type="checkbox"/> Music Room       | <input type="checkbox"/> VIP Room  |
| <input type="checkbox"/> Multi-purpose Rehearsal Room | <input type="checkbox"/> Dance Studio     | <input type="checkbox"/> Art Plaza   |
| <input type="checkbox"/> 1/F Foyer                    | <input type="checkbox"/> Others _____     |  |

**REQUESTED DATE AND TIME**

	Date	Time
Option 1		
Option 2		

---

**PART II EVENT DESCRIPTION**

Name of Event : \_\_\_\_\_  
Nature of Event : \_\_\_\_\_  
Event Details : \_\_\_\_\_

(E.g. theme, title, programmes and name of artists / speakers etc. Please specify the country of origin if there are any artists who are non-Macau residents)

Any sale of admission ticket(s) during this particular event?  Yes  No

Any merchandise sales during the event?  Yes  No

If yes, please state the ticket/merchandise price and selling items:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**PART III      APPLICANT INFORMATION****Individual Application      (Please submit proof of Address and present ID card for verification)**

Name in Full                    : \_\_\_\_\_  
Contact Number                : \_\_\_\_\_  
Fax                                : \_\_\_\_\_  
Address                         : \_\_\_\_\_  
Email                             : \_\_\_\_\_

**Organization application      (Please submit a copy of organization constitution and registration certificate)**

Name of Organization        : \_\_\_\_\_  
(registered name)  
Nature of Organization    :  Registered Non-profit-making     Charitable             Commercial  
    Government Department             Others: \_\_\_\_\_  
Contact Number                : \_\_\_\_\_  
Fax                                : \_\_\_\_\_  
Address                         : \_\_\_\_\_  
Email                             : \_\_\_\_\_

---

---

**PART IV      CONTACT PERSON INFORMATION    (If it is not the same as above)**

Name in Full                    : \_\_\_\_\_  
Contact Number                : \_\_\_\_\_  
Fax                                : \_\_\_\_\_  
Address                         : \_\_\_\_\_  
Email                             : \_\_\_\_\_

<b>Signature &amp; Chop</b>	<b>CCM use ONLY</b>
Name : _____ Title: _____ Date: _____	Name: _____ Title: _____ Date: _____