**甲类大型医用设备配置**

**申 请 表**

设备名称

医疗机构名称

所在省（区市）

填报日期

国家卫生和计划生育委员会制

填 表 说 明

1.凡申请装备甲类大型医用设备的医疗机构，均应如实填报本表，不得空栏。

2.“日均门急诊人次”和“年手术人次”均为申请时的上一年度数据。

3.“主要性能和用途”应详细反映该设备可应用于哪些临床学科、具体效用。

4.“资金来源”系指购置资金的来源渠道。如果资金来源为多方，请分别注明各种来源所占比例。

5.“操作人员资质情况”系指在执业注册机构为申请医疗机构的工作人员情况，不含院外、外聘专家。

6.本表一式三份，由医疗机构、省级卫生行政部门、卫生部各存一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | | | | | |
| 医疗机构全称 | | |  | | | | | | |
| 法人代表姓名 | | |  | | | 联系人 | |  | |
| 医疗机构等级 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 详细地址 | | |  | | | | | | |
| 编制床位数 | | |  | | | 卫生技术人员数 | |  | |
| 日均门急诊人次 | | |  | | | 年手术人次 | |  | |
| 二、申请配置设备情况 | | | | | | | | | |
| 设备名称  （包括英文） | |  | | | | | | | |
| 主要性能和用途  （可另附页） | |  | | | | | | | |
| 主要辅助设备  名称及数量 | |  | | | | | | | |
| 资金来源 | |  | | | | | | | |
| 三、操作人员资质情况 | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | | 教育程度 | 职称 | | 资格名称 | | 证书编号 |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
| 四、可行性研究（另附） | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 五、医疗机构签章  　 负责人签名 单位公章  　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 六、市（地、州）卫生行政部门意见  负责人签名 单位公章  　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 七、省、自治区、直辖市卫生厅局意见  　 　负责人签名 单位公章  　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |