**甲类大型医用设备更新**

**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.凡申请更新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”均为申请更新时的上一年度数据。

3.“配置许可证号”指由卫生部颁发的甲类大型医用设备配置许可证编号。同时，将甲类大型医用设备配置许可证复印件附后。

4.“出厂时间”指具体生产时间。

5.“配置时间”指设备具体到货时间。

6.“使用情况”应具体说明该设备配置以来的年均诊疗人次、年均开机天数和故障天数等情况。

7.“更新理由”应具体说明更新设备的理由，包括设备使用情况、临床、科研工作和学科建设等情况。

8.“对拟更新设备的处理意见”应具体说明如何处置更换下来的设备。

9.本表一式三份。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、更新设备情况 | | | | | |
| 设备全称 |  | | | | |
| 设备型号 |  | | 配置许可证号 |  | |
| 出厂时间 |  | | 配置时间 |  | |
| 使用情况  （包括每年的检查治疗人次，开机天数，故障停机天数等） |  | | | | |
| 更新理由  （可另附加页  说明） |  | | | | |
| 对拟更新设备的处理意见 |  | | | | |
| 拟新装备设备型号及有关情况 |  | | | | |

|  |
| --- |
| 三、医疗机构签章  　 负责人签名 单位公章  　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 四、市（地、州）卫生行政部门意见  负责人签名 单位公章  年 月 日 |
| 五、省级卫生行政部门意见  　　　负责人签名 单位公章  　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 六、卫生部主管司局意见  负责人签名 单位公章  年 月 日 |