附件2

**乙类大型医用设备配置许可**

**申请表**

**设备名称：***按照乙类大型医用设备目录填写*

**申请单位：***按照医疗机构执业许可证填写***（盖章）**

**填表人:***填表人姓名，非法人姓名*

**科室及职务：***如实填写*

**联系方式:***填写手机号*

**填报日期: 年 月 日**

**天津市卫生健康委员会 制**

|  |
| --- |
| 一．申请单位基本情况 |
| 申请单位全称 | *按照《医疗机构执业许可证》填写* |
| 组织机构代码（或统一社会信用代码） | *如实填写* |
| 所有制性质 | *按照《医疗机构执业许可证》副本填写* | 法定代表人（主要负责人） | *按照《医疗机构执业许可证》填写* |
| 申请单位地址 | *按照《医疗机构执业许可证》填写* |
| 医疗安全情况 | *填写过去2年内发生的一级、二级医疗事故的数量、情况，若无，则填写“无”* |
| 二、申请配置设备情况 |
| 设备名称 | *申请配置设备的中文名称* |
| 同类设备配置情况 | *填写同类型设备配置情况，包括设备名称、生产厂家、装机时间、配置证号* |
| 配套设施设备 | *参照配置标准如实填写申请设备所需的相关场地、基础设施、防护实施、设备安装条件等情况，配套设备需提供固定资产卡片或财务凭证，佐证材料附后* |
| 质量保障措施 | *参照配置标准如实填写，佐证材料附后* |
| 三、申请单位功能定位 |
| *参照配置标准按照申请单位所承担的医疗、科研、教学等实际情况填写，是否具备与申请配置设备适应的诊疗科目及相关工作经验；是否承担区域内急危重症、疑难病诊疗和专科医疗服务，人才培养；近3年市级及以上重点学科（重点实验室）或科研项目、成果，佐证材料附后* |
| 四、专业技术人员资质和能力（主执业机构必须为申请单位） |
| *参照配置标准填写专业技术人员年龄、学历、专业、职称、接受专业培训等情况，资格证书、执业证书、职称证书、培训证书等佐证材料附后* |
| 五、可行性研究报告 |
| *论述申请配置设备的必要性和依据，包括一、申请配置设备的产品可靠性、质量安全性，二、学科队伍建设、临床使用需求，是否满足设备所需技术条件，三、申请配置设备预期使用情况，项目投资分析、社会效益和经济效益分析等，可另附页。* |
| 六、签章本人代表申请单位承诺所有提供材料均真实、准确、有效。如有虚假材料，愿承担一切法律责任与后果。法定代表人签名： 单位盖章：年 月 日 |