申请编号

 (地区简称)(年度)第 号

**放射诊疗许可申请表**

申请项目X射线影像诊断

申请单位(盖章) XXX医院

申请日期2018.6.20

 中华人民共和国卫生部制

**填 写 说 明**

1. 申请单位应当在申请表封面加盖单位公章。
2. 申请单位基本情况及申请许可内容由申请单位填写。
3. 表中 “负责人”，法人单位是指法定代表人姓名；非法人的单位，则填写主要负责人姓名。
4. 凡文字后有 □ 者，应当选择与申请内容相符的方框中打√ 。
5. 射线装置的 “主要参数”是指X射线机的电流（mA）和电压（kV）、加速器线束能量等主要性能参数。
6. 非密封型放射性同位素工作场所级别按照有关标准确定，工作场所级别后括号内填写该级别工作场所个数。
7. “最大等效年操作量”、“ 最大等效日操作量”应当按照有关标准计算得出。

**放射诊疗许可申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | XXX医院 | 负责人 | 王X |
| 地 址 | 吕梁市XXX | 邮编 | 033000 |
| 联系人 | 张XX | 电话 | 182XXXXX | 传真 |  |
| 机构总人数 | 88 | 放射工作人员数 | 5 |
| 申请许可项目 | 放射治疗□立体定向（γ刀、X刀）治疗□医用加速器治疗□质子等重粒子治疗□钴-60机治疗□后装治疗□深部X射线机治疗□敷贴治疗□其他放射治疗项目□核医学□PET影像诊断□SPECT影像诊断□γ相机影像诊断□骨密度测量□籽粒插植治疗□放射性药物治疗□其他核医学诊疗项目□介入放射学□DSA介入放射诊疗□其他影像设备介入放射诊疗□X射线影像诊断☑X射线CT影像诊断☑CR、DR影像诊断□牙科X射线影像诊断□乳腺X射线影像诊断□普通X射线机影像诊断□其它X射线影像诊断□ |
| 提交资料 | 《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》（复印件）☑放射诊疗专业技术人员一览表及其任职资格证书 ☑放射诊疗设备、放射防护与质量控制设备清单 ☑放射诊疗建设项目竣工验收合格证明文件 ☑ |
| 射线装置 | 装置名称 | 型号 | 生产厂家 | 设备编号 | 主要参数 | 所在场所 |
| X射线XXX | XXX | 北京XXX |  |  |  |
| 医用诊断XXX | XXX | 沈阳XXX |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 非密封型放射性同位素 | 核素名称 | 用途 | 物理状态 | 最大等效年操作量(Bq) | 最大等效日操作量(Bq) | 操作场所 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工作场所级别(个数) | 甲级 □( ) | 乙级 □( ) | 丙级 □( ) |
| 密封型放射性同位素 | 核素名称 | 活度(Bq) | 活度测量日期 | 生产厂家 | 所在场所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 含密封源装置 | 编号 | 装置名称 | 型号 | 生产厂家 | 放 射 源 | 所在场所 |
| 核素名称 | 活度(Bq) | 活度测量日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 审核机关意见 | 符合X射线影像诊断条件，建设批准经办人（签章） XXX XX 审核机关（盖章） 2018 年 6 月 21 日 |
| 卫生行政部门审查意见 |  主审人签字：XXX 2018 年 6 月 25 日 |
| 同意主管领导（签章） XXX 2018 年 6 月29 日 |
| 发放许可证日期及编号 | 日期： 2018 年 6 月 29 日编号： 吕卫放 证字（ 2018 ）第 005 号 |
| 领证人签字 | 领证人： 年 月 日 |

放射诊疗许可变更申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | XXX医院 | 负责人 | 李XX |
| 地 址 | 吕梁市XXX | 邮 编 | 033000 |
| 联系人 | 李X | 电话 | 130XXX | 传 真 |  |
| 放射诊疗许可证编号 | 吕卫放 证字（ 2016 ）第 005 号 | 放射工作人员数 | 5 |
| 变更项目 | 变更法定代表人或负责人（提交资料1、2） 变更单位名称（提交资料1、2、6） 变更放射工作场所、地点 （提交资料5、7） 变更许可项目 （提交资料1、2、3、4、5、7） 变更射线装置或放射性同位素种类、用量（提交资料2、4、7）  |
| 变更理由 | 法人更换 |
| 提交资料 | * 1、《医疗机构执业许可证》或《组织机构代码证》（复印件） 
* 2、《放射诊疗许可证》正、副本 

3、变更放射诊疗专业技术人员一览表及其任职资格证书 4、变更放射诊疗设备、放射防护与质量控制设备清单 5、变更放射诊疗建设项目竣工验收合格证明文件 6、有关部门批准变更单位名称的证明文件 7、变更放射工作场所、地点的应提供变更场所的放射防护评价报告  |
| 审核单位意见 |  同意经办人： XXX 审核单位负责人 XXX 审核单位（盖章） 2017 年 5 月 28 日  |
| 卫生行政部门审查意见 | 同意经办人： XXX 主管领导： XXX 卫生行政部门（盖章） 2017 年 6 月 5 日 |
| 新发放诊疗许可证日期及编号 | 日期： 2018 年 06 月 05 日编号：吕卫放 证字（ 2016 ）第（ 005 ）号 |

**变更放射诊疗设备、放射防护与质控设备清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 主要参数 | 生产厂家 | 设备状况 | 所在科室 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：设备状况包括1、新增；2、报废；3、转让

填表人： 年 月 日（公章）