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）