附件1

医疗机构配置乙类大型医用设备备案情况表

区、县(市)卫生计生局配置乙类医用设备备案情况表（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构： | | | | | | 配置使用设备：MRI | | | | | | |
| 县（市、区） | 执业地址 | | 医院等级  （建设级别） | | 医疗机构类别 | 拟购设备型号 | | 阶梯分型 | | 生产厂家 | 备案时间 | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| MRI医师  …… | 序号 | 医师执业证号 | | 执业地点（第一执业地点） | | 职称类别 | 职称证书编号 | | 使用人员资质类别 | | | 使用人员资质评价编号 |
| 1 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| …… |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| MRI技师  …… | 序号 | 技师资格证号 | | 执业地点（社会保险地点及编号） | | 职称类别 | 职称证书编号 | | 使用人员资质类别 | | | 使用人员资质评价编号 |
| 1 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | | |  |
| …… |  | |  | |  |  | |  | | |  |

监督电话：（填写当地卫生计生行政部门的监督电话）

填写说明：

1.医疗机构全称（第一名称）：按《医疗机构执业许可证》登记的名称规范填写全称。

2.执业地址：按《医疗机构执业许可证》登记的地址规范填写。

3.医院评审等级：医疗机构如参加医院等级评审，请注明医院等级，如三级甲等、三级乙等。如未参加等级评审，填无。

4.医疗机构类别：按照《医疗机构执业许可证》登记的类别填写。

5.具备相应资质能力的专业技术人员：按照CT医师、CT技师、MRI医师、MRI技师、DSA技师、LA医师、LA技师、LA物理师、NMI医师、NMI技师、心血管介入医师对应相应设备填写人员数量等

6.设备名称：乙类各设备名称分别按以下示例统一填写： CT、MRI、DSA、LA、SPECT。

7.设备型号：按《医疗器械注册证》登记的型号规范填写。

8.阶梯分型：CT、MRI、LA三大类设备按科学研究型、临床科研型、临床实用型三种分型。

9.生产厂家：按《医疗器械注册证》设备生产企业的中文规范名称填写，没有中文名称的，可填英文名称。

附件2

乙类大型医用设备配置备案承诺函

××医院 承诺按照大型医用设备配置有关要求，如实提供备案材料。并承诺遵循诚实守信原则，保证所提供的全部备案材料真实、准确、完整和有效，保证在备案公示前不采购所备案设备。对我方存在提供虚假内容，自愿承担因此引起的后果。

医疗机构（盖章）：

院长/法定代表人（签名）：

年 月 日