|  |
| --- |
| **申请类别：**新办证□ 换证□ 设备变更□ |

 陕西省放射诊疗许可证申请表

**申请项目**

**申请单位(盖章)**

**申请日期**

**陕西省卫生健康委员会制**

|  |
| --- |
| **填表说明**1.申请单位需在申请表格的标注处和提交的资料上加盖单位公章。2.申请表封面中“申请项目”填写内容必须与表格中相关内容一致，如：放射治疗、核医学、介入放射学、X射线影像诊断等。3.凡文字后有 □ 者，应当在相应项目后的方框中打√ 。4.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。5.非密封型放射性同位素工作场所级别按照国家有关标准确定，工作场所级别后括号内填写该级别工作场所个数。6.“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。7.本表以及提交的其他资料用A4规格纸张打（复）印，所有资料一式两份，装订好后报卫生监督机构。 |
| **申请单位应提交的资料**（均提交加盖单位公章的复印件）1.《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》 共 页 2. 放射诊疗人员专业技术任职资格证书 共 页 3. 属于配置许可管理的设备，提交大型医用设备配置证明文件 共 页4. 有效的放射诊疗场所防护和设备性能检测报告 共 页 5. 新建、改建、扩建放射诊疗建设项目的，提交放射诊疗建设项目竣工验收证明文件 共 页 |

**放射诊疗许可申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 经济类型 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系人 |  | 电 话 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号码 |  |
| 机构总人数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 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□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□敷贴治疗□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□ |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 非密封型放射性同位素 | 核素名称 | 用途 | 物理状态 | 最大年操作量(Bq) | 最大日操作量(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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：填写不完的可另附表格。

|  |  |
| --- | --- |
| 监督机构意见 |  经办人(签名)： 审核机构(盖章)负责人（签名） 年 月 日 |
| 卫生健康行政部门审批意见 |   经办人(签名)： 卫生健康行政部门(盖章)负责人（签名） 年 月 日 |
| 许可证编号有效期 | 编 号： （ ）卫放证字[ ]第 号有效期： 年 月 日至 年 月 日  |

注：许可证编号格式为“地区简称+卫放证字[发（换）证年份]第\*\*\*号”。在“地区简称”中，省级为“陕”，设区市为该市名称首字，县级为县（区）全名（双字）。“编号”为实际有效数字。