

附件 1

申请类别:

新办证 换证 设备变更

放射诊疗许可申请表

申请项目 放射治疗、X射线影像诊断

申请单位(盖章) ██████████ 院

申请日期 2018.8.2

陕西省卫生和计划生育委员会制

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、X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审查。

申请单位应提交的资料

1. 《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》(复印件) 共 1 页
2. 放射诊疗人员专业技术任职资格证书 (复印件) 共 10 页
3. 放射诊疗场所防护和设备性能检测报告 (复印件) 共 6 页
4. 新建、改建、扩建放射诊疗建设项目的，应提交放射诊疗建设项目竣工验收证明文件 (复印件) 共 1 页

放射诊疗许可申请表

医疗机构名称	●●市中心医院	经济类型	全民
地 址	陕西省商洛市北新街●●●●	邮 编	●●●●
组织机构代码	●●●●●●●●	联系人	●●●●
法定代表人	●●●●●●	身份证号码	●●●●●●●●●●
机构总人数	1657	放射工作人员数	96
申 请 许可项目	<p>放射治疗 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>立体定向 (γ刀、X刀) 治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>医用加速器治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>质子等重粒子治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>钴-60 机治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>后装治疗 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>深部 X 射线机治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>敷贴治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>其他放射治疗项目 <input type="checkbox"/></p> <p>核医学 <input type="checkbox"/></p> <p>PET 影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>SPECT 影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>γ 相机影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>骨密度测量 <input type="checkbox"/></p> <p>籽粒插植治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>放射性药物治疗 <input type="checkbox"/></p> <p>其他核医学诊疗项目 <input type="checkbox"/></p> <p>介入放射学 <input type="checkbox"/></p> <p>DSA 介入放射诊疗 <input type="checkbox"/></p> <p>其他影像设备介入放射诊疗 <input type="checkbox"/></p> <p>X 射线影像诊断 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>X 射线 CT 影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>CR、DR 影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>牙科 X 射线影像诊断 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>乳腺 X 射线影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>普通 X 射线机影像诊断 <input type="checkbox"/></p> <p>其它 X 射线影像诊断 <input type="checkbox"/></p>		

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		
	口腔CT	HiRes 3D	北京朗视仪器有限公司	DFCABIAFJ	5mA 110kV	口腔科		
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	
	H103	后装治疗机	XHDR18 B	山东新华	铯-192	370GBq	2018.7.23	放疗科

注：填写不完的可另附表格。

<p>审核机构意见</p>	<p>经审查，该院新增的后装治疗机和口腔 CT 相关资料齐全，放射诊疗场所、设备、人员资质等基本符合相关法规标准要求，同意上报省卫生计生委审批。</p> <p> 经办人(签名):  审核人(签名):  负责人(签名):  </p> <p>  审核机构(盖章) 2018年8月6日 </p>
<p>卫生行政部门审批意见</p>	<p>   卫生行政部门(盖章) </p> <p> 经办人(签名): 负责人(签名): </p> <p>2018年8月7日</p>
<p>许可证有效期及编号</p>	<p>有效期: 2018年8月7日至2020年4月7日</p> <p>编号: (陕)卫放证字[2016]第043号</p>