昆明市“办医疗机构放射诊疗许可证”主题事项申请登记表

|  |
| --- |
| **基本信息（必填）** |
| 单位名称 |  |
| 企业名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 经营场所 |  |
| 经济类型 | □国有企业 □集体企业 □合伙企业 □股份制企业（合作） □个人独资企业 □有限责任公司 □外商投资公司 □股份有限公司 □个体工商户（□个人经营 □家庭经营 ）□农民专业合作社 □其他：  |
| 房屋权属 | □自有 □租赁 □无偿使用 |
| 租赁/无偿使用期限： □ 年 月 日至 年 月 日 □长期 |
| 职工人数 |  | 应体检人数 |  |
| 法定代表人（负责人）信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职务 |  |
| 户籍登记地址 |  |
| 证件类型 |  | 证件号 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 委托代理人信息 |
| 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号 |  |
| 委托期限 | 自\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| **医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核（必填)** |
| 项目性质 | 新建□ 改建□ 扩建□ 其它□ |
| 总投资概算（万元） |  | 放射防护投资概算（万元） |  |
| 建设单位 |  |
| 预评价单位 |  |
| 职业病危害类别 | 严重□ 一般□ |
| **医疗机构放射性职业病危害建设项目竣工验收（必填)** |
| 总投资概算(万元) |  其中：放射卫生投资 万元 |
| 实际总投资(万元) |  其中：放射卫生实际投资 万元 |
| 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护预评价报告审核 | 报告编制单位 |  | 审核机关 |  |
| 审核时间 |  | 审核批准文号 |  |
| 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护控制效果评价单位 |  |
| **放射源诊疗技术和医用辐射机构许可（新办）（必填)** |
| 机构总人数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 申请许可项目 | X射线影像诊断 □1、X射线CT影像诊断 □ 2、乳腺X射线影像诊断 □3、CR影像诊断 □ 4、普通X射线机影像诊断 □5、DR影像诊断 □ 6、牙科X射线影像诊断 □7、其他X射线影像诊断 □介入放射学 □ 1、DSA介入放射诊疗 □ 2、其他影像设备介入放射诊疗 □核医学□1、PET影像诊断 □ 2、γ骨密度测量□3、CT- PET影像诊断 □ 4、籽粒插植治疗 □5、SPECT影像诊断 □ 6、放射性药物治疗 □7、γ相机影像诊断 □ 8、其它核医学诊疗项目□放射治疗 □1、立体定向（X刀）治疗 □ 2、钻--60机治疗 □3、立体定向 (Y刀)治疗□ 4、后装治疗 □ 5、医用加速器治疗 □ 6、深部X射线机治疗 □7、质子治疗 □ 8、敷贴治疗 □9、中子治疗□ 10、重离子治疗□11、其他放射治疗项目 □ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| （不够填写可另加纸以此格式填写） |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置放射诊疗的科室 | 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| （不够填写可另加纸以此格式填写） |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **保 证 申 明**申请人承诺：本申请书中所填内容及所附资料均真实、合法、有效，复印文本均与原件一致。如有不实之处，本人（单位）愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。申请人（被委托人）签字（盖章）： 年 月 日  |