**放射诊疗许可申请表（遗失补办）**

 xxxxx

申请项目

 xxxxxx

医疗机构(盖章)

申请日期 xxxxxxx

**中华人民共和国卫生部制**

**填 写 说 明**

1. 医疗机构应当在申请表封面加盖医疗机构公章。
2. 医疗机构基本情况及申请许可内容由医疗机构填写。
3. 表中 “负责人”，法人医疗机构是指法定代表人姓名；非法人的医疗机构，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。
8. 对于籽粒插植治疗，在密封型放射源同位素一栏中填写年最大使用量。

**放射诊疗许可申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | xxxx | 负责人 | xxx |
| 地 址 | xxxxxxxxxxxx | 邮编 | xxxxx |
| 联系人 | xxx | 电话 | xx | 传真 | xx |
| 机 构总人数 | xxx | 放射工作人员数 | xx |
| 申请许可项目 | 放射治疗□立体定向（X刀）治疗☑立体定向（γ刀）治疗□医用加速器治疗□质子治疗□中子治疗□其他放射治疗项目□ | 钴-60机治疗□后装治疗□深部X射线机治疗□敷贴治疗□重离子治疗□ |
| 核医学□PET影像诊断□CT-PET影像诊断□SPECT影像诊断□γ相机影像诊断□ | γ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影像诊断□DR影像诊断□其它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□牙科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》大型医用设备配置许可证明文件 《放射工作卫生许可证》或《辐射安全许可证》 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 放射诊疗设备放射防护性能检测报告 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 |
| 钴-60治疗机 | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审查机构意见 |   经办人(签章) 审查机构(盖章) 年 月 日 |
| 卫生行政部门审批意见 |   经办人(签章) 卫生行政部门(盖章) 年 月 日 |
| 发放许可证日期及编号 | 日期： 年 月 日  编号： （ ）卫放证字( )第 号 |