附件4

**甲类大型医用设备配置许可证**

**补办申请表**

**设 备 名 称**

**申 请 单 位 （盖章）**

**所在省（区、市）**

**填 表 人**

**联系方式：**

**填 报 日 期 年 月 日**

中华人民共和国国家卫生健康委员会 制

**填 表 说 明**

1.申请单位应当按照变更事项如实填报本表。

2.“申请补办配置许可证事项原因”在相应选项中选择。

3.“设备名称”、“许可证编号”、“阶梯配置机型”按照《甲类大型医用设备配置许可证》填写。

4.“具体型号”填写设备的详细型号。

5.“生产企业”填写设备生产企业名称。

6.“产品序列号”是指生产企业编制的设备唯一编码。在设备标签中，名称为产品序列号或SN码。

7.“出厂时间”填报至年。

8.“采购日期”填写签订采购合同的日期。

9.“采购金额”按采购合同填写相应币种的购置金额。如为除美元和人民币以外其他币种，按购买时汇率折算成人民币。

10.“装机日期”填写设备完成安装验收的具体时间。

|  |
| --- |
| 一、甲类大型医用设备基本信息 |
| 设备名称 |  | 许可证编号 |  |
| 具体型号 |  | 阶梯配置机型 |  |
| 生产企业 |  | 产品序列号 |  |
| 出厂时间 |  | 采购日期 |  |
| 采购金额 |  | 装机日期 |  |
| 二、申请补办配置许可证事项原因 |
| 我单位因以下 事项，申请补办甲类大型医用设备配置许可证。1.甲类大型医用设备配置许可证正本遗失；2.甲类大型医用设备配置许可证副本遗失；3.甲类大型医用设备配置许可证正本、副本均遗失；4.甲类大型医用设备配置许可证正本损坏；5.甲类大型医用设备配置许可证副本损坏；6.甲类大型医用设备配置许可证正本、副本均损坏。 |
| 三、国家卫生健康委员会审核意见 |
|  （盖章）年 月 日 |