附件4

 **县（区）**申请配置设备明细表（申请设备类型）

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 所在地 | 申请机构名称 | 申请机构类型 | 申请情况分类 | 材料是否需要补正 | 是否属于贴息贷款购置设备 |
| 1 | XX县 |  |  |  |  |  |
| 2 | XX区 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | .... |  |  |  |  |  |
| 合计设备总数 |  |

填表人： 联系电话：

填表说明：⑴申请设备类型包括 PET/CT、64排及以上CT、1.5T及以上MR、LA、手术机器人、伽马刀、首台套、其它；

⑵申请机构名称与统一社会信用代码证（或组织机构代码证）上名称一致；

⑶申请机构类型（本项仅填写数字代码）包括：1.政府办医疗机构，2.非政府办医疗机构（含独立体检机构、影像中心等，下同），3.政府办在建或新建医疗机构，4.非政府办在建或新建医疗机构；

⑷申请情况分类（本项仅填写数字代码）包括：1.新增设备，2.更新设备。