东省立医院10万元以下急需医疗设备申请表

山东省立医院  
10万元以下急需医疗设备申请表

申请科室： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称： | | | 单价（万元）： | | 数量：套 |
| 申请理由（应包含功能需求）：  使用人员：　　　　　　护士长：　　　　　　科主任： | | | | | |
| 序号 | 推荐供货厂家 | 品牌 | | 联系电话 | |
| 1 |  |  | |  | |
| 2 |  |  | |  | |
| 3 |  |  | |  | |
| 目前使用的同类产品： | | | | | |
| 业务主管部门意见：  主任：　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 医学工程管理办公室意见：  主任：　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 分管院长意见：  年　　　月　　　日 | | | | | |

医学工程管理办公室制表

填表说明：

1、业务主管部门是指：医务部、科教部、护理部、信网办等职能处室；

2、内容打印有效，签字盖章