四川省慈善总会麻醉深度检测仪捐赠项目申请表

（ 市（州）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请**  **单位**  **基本**  **情况** | 医院名称 |  | | | | |
| 医院地址 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | | 联系电话 |  | |
| 项目负责人 |  | | 联系电话 |  | |
| 医院等级 | □三甲　　□三乙  □二甲　　□其他 | | 医院性质 | □公立 □其它 | |
| 执业资格麻醉医师 | | 人 | 其中：主治医师及以上职称 | | 人 |
| 手术室 | | 间 | 上年度开展全麻手术台次  上年度月均全麻手术台次 | | 台次/年  台次/月 |
| **申请**  **内容** | 设备名称 | 麻醉深度检测仪 | | | | |
| 申请数量 | 台。（申报台数以月均30台全麻手术申报1台的参考标准） | | | | |
| **申请医院意见** | 我医院自愿申请接收麻醉深度检测仪捐赠，承诺所填报和提供的相关资料真实有效，接受麻醉深度检测仪后纳入固定资产管理，妥善保管和使用，不转让、不转赠、转卖。  法定代表人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| **申请医院所在地卫生部门意见** | 同意医院申报接收麻醉深度检测仪。  （单位盖章）：  经办人： 联系电话    年 　 月 日 | | | | | |
| **医院所在地慈善会审核意见** | 同意医院申报。  （单位盖章）：  经办人： 联系电话    年 月 日 | | | | | |
| **市(州)慈善总会审核意见** | 同意申报。  （单位盖章）：  经办人： 联系电话  年 月 日 | | | | | |
| **省慈善总会审核意见** | 经审查，同意捐赠麻醉深度检测仪 台。  （单位盖章）：  经办人： 总会领导：  年 月 日 | | | | | |

附件：医院资质证明复印件（1、医疗机构执业许可证；2、医院等级批准文件）。

请将表格印在一张A４的纸正反面。

（四川省慈善总会 制）