

# 手術室醫療儀器設備、器械及材料免費試用申請表

案件編號：\_\_\_\_\_（本欄為手術室填寫）

申請部門：\_\_\_\_\_ 申請日期： 年 月 日

醫療儀器設備、器械、材料名稱：

中文：

英文：

廠牌：

規格：

品名：

本項醫療儀器設備、器械、材料於他院或本院使用狀況：

台大 榮總 馬偕 彰基 國泰 和信 慈濟

長庚體系醫院\_\_\_\_\_ 國內其他醫院\_\_\_\_\_

國外醫院：\_\_\_\_\_

擬試用期間： 年 月 日~ 年 月 日

（呈准日期於擬試用期間者，以呈准日期為試用起始日期，試用截止日期得遞延）

擬試用數量：

擬試用之醫療材料（可重複消毒使用之醫療材料，務必請廠商提供消毒作業方式）：

不可重複消毒使用

可重複消毒使用（每 IPC 重複消毒使用次數限\_\_\_\_\_次）

適用手術項目（請詳註健保支付標準碼）：

檢附相關文件：

廠商函文 衛生署許可證 中文仿單核定本 廠商報價單 產品型錄

品名規格明細單 使用說明書 免查驗登記文件 產品代理或經銷之授權文件

廠商人員手術室出入申請單 其他相關資料\_\_\_\_\_

試用申請原因說明：

目前本院無此項醫療儀器設備、器械、材料

目前本院使用廠牌\_\_\_\_\_

目前本院具功能類似廠牌\_\_\_\_\_

科系主任：

申請人：

聯絡電話或

審核意見：

委員會主席：

手術室主任：

說明：1.請檢附相關證明文件（如：廠商函文、衛生署許可證等）

2.本單一式一聯，申請人→科系主任→手術室主任→委員會主席→專科護理長→供應處

3.本申請單請於十個工作日前提出