**医療機器の共同利用に関する計画書**

佐賀県知事　殿

　　　年　　月　　日

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

当医療機関は、以下に示す医療機器の新規購入（又は更新）に際して、次のとおり計画書を作成し、提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 新規（更新）購入する医療機器 | 種別  （選択） | ・マルチスライスＣＴ（64列以上・16列以上64列未満・16列未満）、  その他のＣＴ  ・ＭＲＩ（3ﾃｽﾗ以上・1.5ﾃｽﾗ以上3ﾃｽﾗ未満・1.5ﾃｽﾗ未満）  ・ＰＥＴ・ＰＥＴＣＴ  ・放射線治療（リニアック・ガンマナイフ）  ・マンモグラフィ |
| 購入台数 |  |
| 制作者名 |  |
| 型式 |  |
| 設置年月日 |  |

☐**共同利用を行う**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同利用の相手方となる医療機関  （登録医療機関） | | 名称 | 開設者 | 所在地 | 主たる診療科 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | 有・無 | | | |
| 保守点検予定時期、間隔、方法 |  | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針  （提供方法） | | ネットワーク・デジタルデータ（ＣＤ・ＤＶＤ）  ・紙ベース・その他（　　　　　　　　） | | | |

**☐　共同利用を行わない**

共同利用を行わない理由をくわしく記載する事。