**中国医学科学院肿瘤医院临时使用医用耗材申购审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报耗材名称（禁填品牌型号）： | | 申请科室： | |
| 申请人： | 联系电话： | 申请日期： | |
| 申报产品用途： |  | | |
| 临时申购产品理由  （年采购额限5万元）： | 正式采购目录内有同类产品，请填写不能满足使用的原因 □  正式采购目录内无同类产品，请填写临时需要使用的原因 □ | | |
| 原因： | | |
| 科室主任意见： |  | | |
| **签 署 意 见** | | | |
| 物价办 | 签署人： | | 签署日期： |
| 医保办 | 签署人： | | 签署日期： |
| 感染办 | 签署人： | | 签署日期： |
| 医务处 | 签署人： | | 签署日期： |
| 设备处 | 签署人： | | 签署日期： |
| 医学装备管理委员会审批意见 | 结论：□ 予以临时购置 □ 不予临时购置  医学装备管理委员会主任： 年 月 日 | | |