

兽医影像专科机构资格审查表

填表日期：_____

单位名称（盖章）		法人或负责人			
成立时间（年、月）		是否获得诊疗许可证	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
邮箱		联系方式			
医院面积		是否中国畜牧兽医学会兽医影像技术分会会员单位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
地址					
经营范围（按营业执照填写）					
科室配置情况	<input type="checkbox"/> 前台 <input type="checkbox"/> 诊疗室 <input type="checkbox"/> 放射室 <input type="checkbox"/> 超声室 <input type="checkbox"/> 心电或心电监护 <input type="checkbox"/> 化验室 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 住院部 <input type="checkbox"/> 隔离室 <input type="checkbox"/> 免疫室 <input type="checkbox"/> 处置室，其他_____				
人员配置	执业兽医师_____人，执业助理兽医师_____人				
工作年限	5年及以下_____人 5年-10年（含）_____人 10-20年（含）_____人 20年以上_____人				
兽医相关专业学历	大专___人，本科___人，硕士___人，博士___人				
开展兽医影像诊断服务年限	___年	影像诊断病例量	___例/年		
兽医影像专科医师	___人				
兽医影像专科医师信息（可增加表格）					
姓名		专科医师认证号			
执业兽医师资格证号		从业年限			
邮箱地址		联系方式			
姓名		何时获得专科认证（年、月）			
执业兽医师资格证号		从业年限			
邮箱地址		联系方式			
影像设备配置情况（可增加表格）					
序号	设备名称	型号	数量	生产厂商	购置时间
1					
2					
3					
4					
5					
...					

推荐单位及推荐意见	<p style="text-align: right;">推荐单位签章：_____ 推荐时间：_____</p>
审查结果	<input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过
评审意见	<p style="text-align: right;">评审签字：_____ 评审时间：_____</p>

填表及附件材料说明：

1. 提供机构负责人身份证复印件一份并签名。
2. 提供申请机构的动物诊疗许可证和经营许可证复印件各一份并盖章。
3. 提供执业兽医师身份证和执业兽医师证复印件各一份并签名。
4. 提供机构布局简图一张并由机构负责人签字并盖章。
5. 提供每台件设备照片和实景照片各一张。
6. 网上打印或由中国畜牧兽医学会兽医影像技术学分会颁发的分会会员单位证明（可在中国畜牧兽医学会网站申请打印，亦可经线下申请）。会员单位线下申请联系中国畜牧兽医学会兽医影像技术学分会秘书处秘书长：邱昌伟（华中农业大学动物医学院），电话 18086617276，微信号 sdqiu2001。
7. 无兽医影像专科医师的机构同时申请兽医影像专科医师至少一名。
8. 输出打印近六个月影像设备（超声、X线、CT、MRI、心电等）内病例记录列表，须盖章。
9. 机构认证费用 100 元/人；支付账户：支付宝 15827625203。