

医療機器稼働状況報告書

【医療機関の情報】

名 称	
開 設 者	
管 理 者	
住 所	
連 絡 先	

【医療機器の情報】

共同利用対象医療機器 ※該当欄に「○」		C T
		M R I
		P E T (P E T 及 び P E T - C T)
		放射線治療機器 (リニアック及びガンマナイフ)
		マンモグラフィ
製 造 販 売 業 者		
機 種 名		
設 置 年 月 日		

【稼働状況】

対象医療機器の保有台数		台
利 用 件 数 ※	件 (月 ~ 月 (ヶ月))	
共同利用の実績の有無	あり	なし

※利用件数については、前年度（4月1日から3月31日まで）に利用された件数を記入してください。

なお、前年度に通年での利用がない場合には、利用期間及び利用月数を（ ）に記載して下さい。