様式第３

**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 | 電話番号メールアドレス |
| 【医療機器の情報】 |
| 共同利用対象医療機器※該当欄に「○」 |  | CT |
|  | MRI |
|  | PET（PET 及び PET CT） |
|  | 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。