鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：2病区	使用科室：2病区	设备名称：24小时动态血压监测
设备型号 ABP7	设备序列号：1	生产厂家：武汉中旭生物医学有限公司
数量：1 台	单价：8000 元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☐ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：

填表时间：2026年1月10日

安装地点：三病区	使用科室：三病区	设备名称：24小时动态心电图测仪	
设备型号 TL95	设备序列号：1	生产厂家：武汉special	
数量：1 台	单价8000 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市xx医疗器械有限公司	联系人：xx	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市xx医疗器械有限公司	联系人：xx	联系电话：18639211904	
随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑		
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑		
	附件说明：		
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：xx 日期：2026.1.10	
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：xx 日期：2026.1.10	

需要提交器械科的资料：

1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：xx

纪检监察签字：xx xx

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：病区	使用科室：病区、	设备名称：微波射频、	
设备型号 BeneFusion VS9	设备序列号：	生产厂家：深圳迈瑞科技、	
数量：1 台	单价：3800元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒久医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市恒久医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☐否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☐否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程易振 史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2020 年 11 月 10 日

安装地点：一病区	使用科室：一病区	设备名称：微量注射泵	
设备型号 BoneFusionUSP	设备序列号：1	生产厂家：深圳迈瑞科技	
数量：1 台	单价：3800元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒欣医药有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市恒欣医药有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☐ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘萍萍 日期：2020.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：李[illegible] 日期：2020.11.20

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证　装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程易琰 史倩静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：二病区	使用科室：二病区	设备名称：微量注射泵
设备型号 BeneFusion	设备序列号：1	生产厂家：深圳迈瑞科技
数量：1 台	单价：3800 元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁和恒医疗器械有限公司	联系人：王博	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁和恒医疗器械有限公司	联系人：王博	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程思路　史倩静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 6 日

安装地点：3病区	使用科室：3病区	设备名称：无创呼吸机	
设备型号 ST-30H	设备序列号：1	生产厂家：湖南明康中锐医疗科技	
数量：1 台	单价：25000元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张博	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☐ 装箱单 ☐ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.1.6
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.1.6

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程思路 史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：一病区	使用科室：一病区	设备名称：无创呼吸机	
设备型号 ST-304	设备序列号：	生产厂家：湖南明康中锦	
数量：1 台	单价：25000元	保修期：2 年	
经销单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	
维修单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☐ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：[illegible]	使用科室：[illegible]	设备名称：无创呼吸机
设备型号 ST-30H	设备序列号：1	生产厂家：湖南明康中锦
数量：1 台	单价：25000元	保修期：2 年
经销单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904
维修单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑
	附件说明：

科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：东院区	使用科室：东院区一病区	设备名称：心电监护仪
设备型号 ST-3011 A40	设备序列号：1	生产厂家：武汉中旭生物医疗有限公司
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王亮博	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王亮博	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 6 日

安装地点：2病区	使用科室：2病区	设备名称：心电监护仪
设备型号 B40	设备序列号：1	生产厂家：武汉中旭生物有限公司
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁市欣医药有限公司	联系人：张博	联系电话：18539211904
维修单位名称：鹤壁市欣医药有限公司	联系人：张博	联系电话：18539211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘萍萍 日期：2026.11.6
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.6

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程易琳 史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：病区	使用科室：病区	设备名称：心电监护仪	
设备型号 A40	设备序列号：1	生产厂家：武汉中旭生物医疗有限公司	
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒收医药器械有限公司	联系人：王亮博	联系电话：18638619104	
维修单位名称：鹤壁市恒收医药器械有限公司	联系人：王亮博	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible] [illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：二病区	使用科室：二病区	设备名称：心电监护仪	
设备型号 B40	设备序列号：1	生产厂家：武汉[illegible]有限公司	
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁[illegible]有限公司	联系人：[illegible]	联系电话：18639219904	
维修单位名称：鹤壁[illegible]有限公司	联系人：[illegible]	联系电话：18639219904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：程思强 史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：闪病区	使用科室：闪病区	设备名称：心电监护仪
设备型号 B40	设备序列号：/	生产厂家：武汉中旭生物医学有限公司
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王彪	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王彪	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程思琦 史倩静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026年1月12日

安装地点：急诊	使用科室：急诊	设备名称：多功能心肺复苏除颤仪
设备型号：CHX-100H	设备序列号：/	生产厂家：武汉产科恒光电
数量：1台	单价：22000元	保修期：2年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张建	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：张建	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☑ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘[illegible] 日期：2026.1.12
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☐ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☐ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.1.12

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：程思源 史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 01 月 10 日

安装地点：三病区	使用科室：三病区	设备名称：[illegible]	
设备型号 ZD	设备序列号：1	生产厂家：[illegible]	
数量：1 台	单价 [illegible] 元	保修期：2 年	
经销单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	
维修单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☐ 合格证 ☑ 装箱单 ☐ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.1.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.1.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 10 日

安装地点：二病区	使用科室：二病区	设备名称：LCG肝储备功能检测仪
设备型号	设备序列号：/	生产厂家：深圳福尔摩医疗科技有限公司
数量：1 台	单价39000元	保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁恒欣医疗器械有限公司	联系人：王康	联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁恒欣医疗器械有限公司	联系人：王康	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑　合格证 ☑　装箱单 ☑　保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑　光盘资料 ☐　厂家五证 ☑　经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘倩倩 日期：2026.1.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026.1.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 10 日

安装地点：核医学	使用科室：核医学		设备名称：单光子发射计算机断层仪
设备型号 CBT Hawk-r2166	设备序列号：		生产厂家：湖南新高扬医疗科技有限公司
数量：1 台	单价242000元		保修期：　年
经销单位名称：鹤壁恒欣医疗器械有限公司	联系人：王亮		联系电话：18639211904
维修单位名称：鹤壁恒欣医疗器械有限公司	联系人：王亮		联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☐ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘萍萍 日期：2026/1/10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名： 日期：2026/1/10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：检验科	使用科室：检验科	设备名称：全自动尿液分析仪	
设备型号 US-1000	设备序列号：/	生产厂家：[illegible]有限公司	
数量：1 台	单价：31500元	保修期：2 年	
经销单位名称：[illegible]有限公司	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	
维修单位名称：[illegible]有限公司	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2021 年 11 月 10 日

安装地点：核医科	使用科室：核医科	设备名称：显微镜
设备型号 BR2000	设备序列号：1	生产厂家：[illegible]
数量：1 台	单价：13000元	保修期：2年
经销单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904
维修单位名称：[illegible]	联系人：[illegible]	联系电话：18639211904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2021.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：[illegible] 日期：2021.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible] 史倩静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：检验科	使用科室：检验科		设备名称：离心机
设备型号 115	设备序列号：1		生产厂家：深圳市理科特医疗仪器
数量：1 台	单价：20000元		保修期：2年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械	联系人：王总		联系电话：18619211904
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械	联系人：王博		联系电话：18619211904

随机资料	厂家安装报告 □ 合格证 □ 装箱单 □ 保修卡 □	
	使用技术说明书 □ 光盘资料 □ 厂家五证 □ 经销商三证 □	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是□ 否□ 2. 规格型号是否相符：是□ 否□ 3. 配件数量是否一致：是□ 否□ 4. 参数配置是否一致：是□ 否□ 5. 整机现在是否可以投入使用：是□ 否□ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是□ 否□ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是□ 否□ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：中医科	使用科室：中医科	设备名称：心脏计	
设备型号 SVF-7000B	设备序列号：/	生产厂家：重庆山外医疗设备	
数量：1 台	单价21000元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗科	联系人：张博	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗科	联系人：张博	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☐ 合格证 ☐ 装箱单 ☐ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☐ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☐ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☐ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☐ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☐ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☐ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☐ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 4 月 7 日

安装地点：呼吸内科	使用科室：呼吸内科	设备名称：呼吸机	
设备型号 Y211D	设备序列号：1	生产厂家：无锡会和医疗科技有限公司	
数量：1 台	单价：600 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王经理	联系电话：18639211904	
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械有限公司	联系人：王经理	联系电话：18639211904	

随机资料	厂家安装报告 ☐ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：刘萍萍 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：杨小芳 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：史倩静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：中医骨伤科	使用科室：中医骨伤科	设备名称：脉云针	
设备型号 CNT-2000	设备序列号：	生产厂家：河南[illegible]医疗	
数量：1 台	单价：22000元	保修期：2 年	
经销单位名称：[illegible]医疗器材	联系人：[illegible]	联系电话：18639219[illegible]	
维修单位名称：[illegible]医疗器材	联系人：[illegible]	联系电话：18639219[illegible]	

随机资料	厂家安装报告 ☐ 合格证 ☐ 装箱单 ☐ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☐ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☐ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☐ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☐ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☐ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☐ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☐ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：史佳静

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 10 日

安装地点：中医科	使用科室：中医科	设备名称：采阳灯	
设备型号 SL-15	设备序列号：1	生产厂家：鑫山东医疗设备有限公司	
数量：1 台	单价：10000 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁和恒医疗设备	联系人：王经理	联系电话：18539211904	
维修单位名称：鹤壁和恒医疗设备	联系人：王经理	联系电话：18539211904	

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☑ 光盘资料 ☑ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.1.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.1.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 6 日

安装地点：中医肾病科	使用科室：中医肾病科	设备名称：吸痰器	
设备型号 I型	设备序列号：1	生产厂家：上海医疗器械(集团)有限公司	
数量：1 台	单价：300 元	保修期：2 年	
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械	联系人：王总	联系电话：18639219044	
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器械	联系人：王总	联系电话：18639219044	

随机资料	厂家安装报告 □ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 □	
	使用技术说明书 □ 光盘资料 □ 厂家五证 □ 经销商三证 □	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否□ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否□ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否□ 4. 参数配置是否一致：是□ 否□ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否□ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.1.6
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否□ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否□ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.1.6

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 4 日

安装地点：中医肾病科	使用科室：肾病科		设备名称：制氧
设备型号 5J-7V	设备序列号：1		生产厂家：[illegible]
数量：1 台	单价：300 元		保修期：2 年
经销单位名称：[illegible]	联系人：王[illegible]		联系电话：18639219904
维修单位名称：[illegible]	联系人：王[illegible]		联系电话：18639219904

随机资料	厂家安装报告 ☑ 合格证 ☑ 装箱单 ☑ 保修卡 ☐	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☑ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.11.4
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。　技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.11.4

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 1 月 10 日

安装地点：中医科	使用科室：中医科		设备名称：眼底检查台
设备型号 BLS-520	设备序列号：/		生产厂家：[illegible]科技有限公司
数量：1 台	单价：10000 元		保修期：2 年
经销单位名称：[illegible]恒欣医疗器械		联系人：[illegible]	联系电话：18639219007
维修单位名称：[illegible]恒欣医疗器械		联系人：[illegible]	联系电话：18639219007

随机资料	厂家安装报告 ☐ 合格证 ☑ 装箱单 ☐ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 ☐ 光盘资料 ☐ 厂家五证 ☐ 经销商三证 ☐	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否☐ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否☐ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否☐ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否☐ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否☐ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名：[illegible] 日期：2026.1.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否☐ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否☐ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名：[illegible] 日期：2026.1.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：[illegible]　　纪检监察签字：[illegible]

鹤壁市第三人民医院医疗设备验收报告单

编号：　　填表时间：2026 年 11 月 10 日

安装地点：中医康复科	使用科室：中医康复科		设备名称：超声雾化吸入仪
设备型号 A1104	设备序列号：		生产厂家：广州市爱力普医疗科
数量：1 台	单价：3000 元		保修期：2 年
经销单位名称：鹤壁市恒欣医疗器材	联系人：张博		联系电话：18639211907
维修单位名称：鹤壁市恒欣医疗器材	联系人：张博		联系电话：18639211907

随机资料	厂家安装报告 □ 合格证 ☑ 装箱单 □ 保修卡 ☑	
	使用技术说明书 □ 光盘资料 □ 厂家五证 □ 经销商三证 ☑	
	附件说明：	
科室验收结果	安装及试用期	1. 外观是否完好：是☑ 否□ 2. 规格型号是否相符：是☑ 否□ 3. 配件数量是否一致：是☑ 否□ 4. 参数配置是否一致：是☑ 否□ 5. 整机现在是否可以投入使用：是☑ 否□ 设备安装后有何建议、要求以及意见： 请定期维护，校准，检修 药械科验收人员签名： 日期：2026.11.10
	正式使用期	1. 各参数是否与安装及试使用期时一致：是☑ 否□ 2. 各性能是否与使用说明书完全符合：是☑ 否□ 3. 设备试用期中发现有何需要改进的建议，要求以及意见： 仪器设备性能 技术指标 可靠性 整机现已正式投入临床使用。 技术验收专家签名： 日期：2026.11.10

需要提交器械科的资料：
1. 随机资料：说明书、合格证、装箱单、保修卡、厂家验收资料、光盘软件等。
2. 随机附件：工具与相关配件。
3. 厂家五证：企业法人执照、中华人名共和国医疗器械经营许可证、中华人民共和国生产企业许可证、中华人民共和国医疗器械许可证、医疗器械注册证。
4. 经销商三证：企业法人营业执照；中华人民共和国医疗器械经营许可证；税务登记证。

主管领导签字：　　纪检监察签字：史佳静