# 医疗设备维修验收报告

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备基本信息** | | | | | |
| 资产编号： | | | 生产厂家： | | |
| 设备名称： | | | 经销商： | | |
| 设备型号： | | | 序列号： | | |
| 购置日期： | | | 是否需要更换部件：是 | | |
| 所属科室： | | | 所在院区楼层： | | |
| **维修记录** | | | | | |
| 故障报修时间： | | | 是否更换配件：是 | | |
| 报修联系人： | | | 联系方式： | | |
| 故障描述： | | | | | |
| 维修结束时间： | | | 设备状态：（设备正常/设备故障） | | |
| 维修工程师: | | | 联系方式： | | |
| 维修内容： | | | | | |
| **维修配件信息**： | | | | | |
| 序号 | 配件名称 | 规格型号 | 单价 | 数量 | 总价 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| **设备维修验收：** | | | | | |
| 验收结论：（合格/不合格） | | | 验收时间： | | |
| 临床科室签字：  经手人:  负责人： | | 医疗设备部签字（盖章）：  经手人:  负责人： | | 经销商签字（盖章）：  经手人： | |