附件4

换发《放射性药品使用许可证》现场检查意见

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称：（公章） |  | | |
| 原许可证编号 |  | | |
| 注册地址 |  | | |
| 科（室）地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 科（室）负责人 |  |
| 许可类别及科（室）名称 | 核医学科、肾病室第II类  同位素室第I类 | | |
| 审核意见：  一、《放射性药品使用许可证》基本情况  二、换证资料审查及现场检查情况  三、审查结论（包括审查意见、拟同意换发的许可证类别等）  现场检查单位 （盖章）  年 月 日 | | | |
| 现场检查存在的问题及整改情况：  一、现场检查存在问题   1. 整改情况 | | | |
| 需要说明的问题： | | | |

说明：1.表中空间不足，可附页。2.此表签字复印件无效。