**设备**

**专机专用试剂（耗材）限价审批表**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **试剂（耗材）名称** | | **年预估使用量（份）** | **单人份限价（元）** | **小计（元）** |
| 1 |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |
| ... |  | |  |  |  |
| 合计金额（年预估发生额） (元) | | | ￥： | | |
| 使用科室小组意见 | | 小组人员签字： | | | |
| 科主任意见 | | 科主任签字： 日期： | | | |
| 药供科意见 | | 科主任签字： 日期： | | | |
| 医保办意见 | | 科主任签字： 日期： | | | |
| 运营管理部意见 | | 科主任签字： 日期： | | | |
| 药供科分管  院长意见 | | 分管院长签字： 日期： | | | |
| 院长意见 | | 院长签字： 日期： | | | |