附件5

乙类大型医用设备配置许可申请初审

意见格式文本

省卫生健康委：

经审核，我市\*\*\*\*医院（医疗卫生机构）执业许可证号： ，社会信用代码证（或组织机构代码证）： ，符合申请乙类大型医用设备配置许可条件，请给予支持。

 \*\*\*市卫生健康局（委）

 \*\*\*年\*\*\*月\*\*\*日