

令和 年 月 日

## 医療機器稼働状況報告書

住所：  
名称：  
代表者：

- 1 当該地域の共同利用の方針  
地域内の効果的かつ効率的な医療機器の共同利用を目指す

### 2 共同利用の対象機器

名 称	
製造販売業者名	
型式・型番	
設置年月日	

### 3 稼働状況

- (1) 対象医療機器の保有台数：( ) 台  
(2) 利用件数※ : ( ) 件〈 年 月～ 年 月まで〉  
(3) 共同利用の実績の有無 : 有 ・ 無  
(4) (3) で「有」の場合、共同利用の対象医療機関：

(※) 利用件数については、前年度（4月1日から3月31日まで）に利用された件数を記入してください。

なお、前年度に通年での利用がない場合には、利用期間及び利用月数を〈〉内に記入してください。

## 医療機器稼働状況報告書

住所：  
名称：  
代表者：

- 1 当該地域の共同利用の方針  
地域内の効果的かつ効率的な医療機器の共同利用を目指す

### 2 共同利用の対象機器

名 称	
製造販売業者名	
型式・型番	
設置年月日	

### 3 稼働状況

- (1) 対象医療機器の保有台数：( ) 台  
(2) 利用件数※ : ( ) 件 ( 年 月～ 年 月まで)  
(3) 共同利用の実績の有無 : 有 ・ 無  
(4) (3) で「有」の場合、共同利用の対象医療機関：〇〇病院、〇〇クリニック

(※) 利用件数については、前年度（4月1日から3月31日まで）に利用された件数を記入してください。  
なお、前年度に通年での利用がない場合には、利用期間及び利用月数を〈〉内に記入してください。