

屏東榮民總醫院消耗性醫療器材試用報告表(單位填寫)

填表日期： 年 月 日

試用編號		*試用單位		*試用廠商		
一、產品基本資料						
本院碼						
中文品名						
英文品名						
試用規格						
廠牌/產地						
許可證字號				許可證有效日期		
廠商連絡人：		行動電話：		公司電話：		
二、試用狀況						
試用日期			試用數量	試用者病歷號		
試用結果	優點					
	缺點					
與現有品項比較分析	<input type="checkbox"/> 本院無同類品項，屬新品。 <input type="checkbox"/> 本院有同等品： <input type="checkbox"/> 可併列比價， <input type="checkbox"/> 現有契約於____年____月____日期滿。 <input type="checkbox"/> 現無契約。 目前(原)使用品項料號：_____					
	品名規格：_____					
	製造廠/產地：_____ 型號：_____ 進價：_____					
	功能比較：_____ _____ _____					
	成本分析：_____ _____ _____					
	<input type="checkbox"/> 兩者併存，理由：_____					
	<input type="checkbox"/> 其他，理由：_____					

