试验医疗器械发放及回收登记表（仅供参考）

|  |  |
| --- | --- |
| 试验医疗器械名称 | 　 |
| 项目名称 | 　 |
| 申办者 | 　 | 主要研究者 | 　 |
| 受试者编号 | 　 | 受试者姓名缩写 | 　 |
| 医疗器械发放 | 医疗器械回收 |
| 序列号 | 批号/有效期 | 规格型 号/包装规格 | 发放日期 | 发放数量 | 发放人签字/日期 | 领取人 签字/日 期 | 备注 | 回收日期 | 回收数量 | 返还人签字/日期 | 回收人签字/日期 | 备注 |
| 未使用数量 | 已使用数量 | 空包装数量 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |