医疗器械发放回收登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验医疗器械名称 |  | 主要研究者 |  | 受试者编号 |  | 受试者姓名缩写 |  |
| 项目名称 |  |
| 申办者 |  | CRO |  |
| 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 | 未使用数量 | 已使用数量 | 空包装数量 | 返还人签字/日期 | 回收人签字/日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |