浙江大学医学院附属邵逸夫医院临床试验用医疗器械接收、退回登记表**（临工科与申办者交接）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验项目名称 |  | | | | | | 方案  编号 |  | | 机构管理编号 | 械 |
| **临工科接收情况** | | | | | | | | | **退还申办方** | | 备注 |
| 器械名称 | 生产厂家 | 规格、型号 | 批号、SN | 有效期 | 保存要求 | 包装、标签  是否合格 | 接收  数量 | **临工科接收人**签名 | 退回  数量 | **交接人**双签 |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  |  |  | □是  □否 |  | 签名：  日期： |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |

注：不适用的情况可以填写“不适用”；也可以使用申办方设计且在机构/伦理备案的表格。