浙江大学医学院附属邵逸夫医院临床试验用医疗器械分发、退回登记表**（临工科与科室交接）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验  项目名称 |  | | | 方案  编号 |  | | 机构管理编号 | 械 |
| **临工科→科室（分发情况）** | | | | | | **科室→临工科（退回情况）** | | 备注 |
| 器械名称 | 规格、型号 | 批号、SN | 分发数量 | **发放人、领用人双签** | | 退回数量 | **退回人、回收人双签** |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  签名：  日期： | |  | 签名：  日期：  签名：  日期： |  |
|  |  |  |  | 签名：  日期：  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。