**临床试验用医疗器械返还登记表**

|  |
| --- |
| **研究方案名称：** |
| **申办者：** | **主要研究者：** |
| 医疗器械名称 | 型号规格 | 编号（如有） | 数量 | 批号 | 有效期至 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 医疗器械管理员： 日期：申办者代表： 日期： |

版本/版本日期：单击此处输入项目编号项目专用 单击此处输入版本号版 / 单击此处输入版本日期开始启用