|  |
| --- |
| **研究方案名称：** |
| **主要研究者：** | **申办者：** |
| 医疗器械名称 | 型号规格 | 收入 | 支出 | 库存 | 批号/有效期 | 盘点人 | 盘点日期 | 质量检查是否合格**a** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □是 □否，并说明原因： |
| 注：a. 质量检查内容主要为查看医疗器械是否有损坏、过期、错码等情况。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 |

**临床试验用医疗器械盘点表**