**临床试验医疗器械、应急/随机信封及相关物资退还记录表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编号 |  |
| 申办者/CRO |  | 监查员 |  |
| 专业科室 |  | 主要研究者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验医疗器械 | 医疗器械名称+规格/型号 | 批号+医疗器械编号 | 有效期至 | 退还医疗器械数量（单位： ） | | | |
| 已经使用 | 未使用 | 破损 | 空包装 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 应急/随机信封（如适用） | 编号 | | | | | | |
| 剩余物资 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **最终返还** 我保证在我中心已经没有剩余的试验医疗器械和包装、应急/随机信封以及物资，清点计数记录在相应的表格中。  机构医疗器械管理员签字： 日 期： |

快递公司信息： 快递公司名称：

医疗器械返还运输条件： 快递单号#：

|  |
| --- |
| **申办者完成：** |
| 我确定我收到返还的医疗器械和包装、应急/随机信封以及物资符合上述描述。  接收人签字： 接收日期： |