**试验医疗器械（含诊断试剂）退还/销毁登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称（方案编号）** |  | | | **申办者** |  | |
| **研究中心名称** |  | **专业/科室** |  | | **主要研究者** |  |
| **退还/销毁原因** |  | **快递单号** |  | | **退还/销毁**  **日期** |  |
| **医疗器械名称** |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | |
| **内容** | | | | | **处置情况** | |
| **试验用医疗器械** | 包装规格/规格型号 |  | | | 🞎退还  🞎销毁 | |
| 数量 |  | | |
| 使用期限/失效日期 |  | | |
| 生产厂家 |  | | |
| 批号/序列号 |  | | |
| **空包装** | 数量 |  | | | 🞎退还  🞎销毁 | |

主要研究者： 日期：

器械管理员： 日期：

申 办 方： 日期：

上饶市人民医院国家药物/器械临床试验机构办公室（盖章）