**试验用医疗器械回收表**

**项目名称： 分 期：**

**试验中心名称： 中心号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗器械名称 | 批号 | 医疗器械规格 | 回收数量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他：  科室器械管理员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：  机构办公室器械管理员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：  企业接收人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： | | | |

**试验用医疗器械销毁证明**

**项目名称： 分 期：**

**试验中心名称： 中心号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗器械名称 | 批号 | 医疗器械规格 | 回收数量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他：  科室器械管理员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：  机构办公室器械管理员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：  企业接收人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： | | | |