**医疗器械接收记录表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 机打 |
| **申办者** | 机打 |
| **主要研究者** | 机打 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗器械名称** | **规格** | **批号** | **有效期** | **医疗器械编号** | **数量** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1、运输过程是否超温：⬜否，⬜是，请描述：  2、医疗器械外包装是否损坏：⬜否，⬜是，请描述：  3、标签是否完整：⬜是，⬜否，请描述： |

医疗器械递送人签名： 日期：

医疗器械管理员签名： 日期：