**临床试验用医疗器械申领单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称：  申办者： | | |
| 研究科室： | 主要研究者： | 中心编号： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受试者姓名： | 性别： | | 年龄： |
| 门诊号/住院号： | 筛选号： | | 随机号： |
| 空白处请申领人填写需领取的医疗器械的名称、编号、规格、数量等信息 | | | |
| 申领人签名：  发放人签名：  核对人签名： | | 日期：  日期：  日期： | |