医疗器械临床试验设备交接函

**手术室：**

由“XX”申办的“XX”临床试验项目正在我院XX科进行，主要研究者是XX教授。

因本项目实施需要，需将本项目配套的XX（产品信息见附表）保存在手术室以配合项目的实施。该设备的使用和维护由XX科研究者负责。

请帮助安排保存地点，便于手术中应用，非常感谢！

XX 信息如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 产品名称 |  |  |
| 规格型号 |  |  |
| 出厂编号 |  |  |
| 备案号 |  |  |
| 数量 |  |  |

药物临床试验机构办公室

2020年XX月XX日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

手术室回执

已收到上述设备，妥善保存在：

手术室负责人签字：

年 月 日