临床试验医疗器械供应室消毒申请

消毒供应中心：

现有一项医疗器械临床试验研究: 填写方案名称+机构立项编号 正在我院 科室名称 开展,主要研究者: 。由

厂家提供配套的生产经营许可证、产品注册证、产品质量合格证，请贵科根据该临床试验医疗器械申办者提供的器械使用书面说明进行清洗、消毒、灭菌。临床试验医疗器械使用过程中出现的相关问题与消毒供应中心无关，特此说明！现授权 填写姓名（身份证号码+电话）负责与贵科室对接，拟消毒的临床试验医疗器械信息详见附件,请贵科室予以支持！

项目负责人签字：

日 期： 年 月 日

机构办意见：同意。请项目负责人严格按照方案和申办者说明执行，并遵守供应室相关管理规定。

签名：

日 期： 年 月 日

盖章

附件一

临床试验医疗器械消毒清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次数 | 试验器械名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 数量 | 申请人签字 | 经手人 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：每次申请消毒时均需向供应室提供此清单。表格内容可根据实际情况调整。申请人和经手人均需签字。