**医用耗材新产品试用申请单（申请厂家填写）**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 试用科室 |  |
| 产品名称 |  | 注册证名称 |  |
| 型号规格 |  | 生产厂家 |  |
| 耗材统一代码 |  | 产品ID |  |
| 注册证号 |  | 产品单价 |  |
| 试用数量 |  | 供货公司 |  |
| 产品联系人 |  | 联系电话 |  |
| 药剂科或设备科  审核意见 |  | | |