



臨床試驗醫療器材溫溼度紀錄表

地點：

日期	時間	溫度(°C) 高/低	濕度(%) 高/低	紀錄人員 簽名	日期	時間	溫度(°C) 高/低	濕度(%) 高/低	紀錄人員 簽名
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	
		/	/				/	/	

※紀錄人員每日記錄溫度與濕度之最高及最低數值並簽名。