



臨床試驗醫療器材使用登記表

IRB 編號：
計畫編號：
計畫名稱(中文)：

醫療器材名稱：
計畫主持人：
研究護理師：
專責人員：

領取人	姓名	聯絡分機	器材移至地點	起始日期&時間	專責人員簽名	結束日期&時間	研究人員簽名/專責人員簽名
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							
<input type="checkbox"/> 計畫主持人 <input type="checkbox"/> 研究護理師							

※專責人員與研究人員於儀器使用前及使用後應共同確認器材功能是否完整可運作，或其他造成損傷、毀損...等問題，雙方確認器材無誤後請簽名。