臨床試驗醫療器材移轉證明

**※計畫基本資料:(由中心人員填寫)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫名稱(中文) |  | | |
| IRB編號 |  | 計畫編號 |  |
| 計畫主持人 |  | 執行單位 |  |
| 研究護理師 |  | 執行日期 |  |

**※試驗醫材資料：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入庫日期 | 品名 | | 批號  (序號) | | 數量 | 產品編號 | 研究人員  點收確認 | 備註 |
|  |  | |  | |  |  | □確認無誤  □有誤待釐清 |  |
|  |  | |  | |  |  | □確認無誤  □有誤待釐清 |  |
| **說明：** | | | | | | | | |
| **計畫研究單位** | | | | | | | | |
| 計畫主持人(簽名) | |  | | 聯絡電話 | |  | | |
| 研究護理師(簽名) | |  | | 簽收日期 | |  | | |
| **臨床試驗中心** | | | | | | | | |
| 專責人員  (簽名) | |  | | 簽核日期 | |  | | |