



## 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
					<input type="checkbox"/> 確認無誤 <input type="checkbox"/> 有誤待釐清	
					<input type="checkbox"/> 確認無誤 <input type="checkbox"/> 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	
--------------	--	------	--