



臨床試驗醫療器材退回／回收紀錄表

IRB 編號			
計畫編號			
計畫名稱(中文)			
日期			
醫療器材名稱			
批號(序號)		數量	

請勾選原因	醫療器材 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 過期 <input type="checkbox"/> 失效 <input type="checkbox"/> 臨床試驗結束/中止， 回收
說明：	
<p>※若試驗期間，醫療器材須退回於廠商，請依實際醫療器材狀態勾選原因，並在下方說明處詳細說明醫療器材退回之原因。</p> <p>※醫療器材應於臨床試驗結束或中止時，全數歸還予廠商回收處理，請在勾選原因處勾選回收，並於下方說明處詳細載明醫療器材目前狀態等。</p>	

計畫主持人 (簽名)	研究護理師 (簽名)	專責人員 (簽名)	簽收人員 (簽名)