成都市第六人民医院

医疗器械临床试验项目结题签认表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 申办单位 |  | | |
| 责任科室 |  | 研究者 |  |

注：选择项请在对应的□划“×”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定人员 | 确认内容 | 签名 | 日期 |
| 研究护士/研究助理/PI | 该项目的剩余试验物资  已退回□ 销毁□ |  |  |
| 该项目的研究文件及资料已整理完毕  科室负责保管□ 机构办公室负责保管□ |  |  |
| 该项目的原始资料已完善并归入档案室 |  |  |
| 医疗器械  管理员 | 该项目的剩余医疗器械  全部用完□ 退回申办者□ 退回机构办公室□ NA□ |  |  |
| 项目质控员 | 我已对该项目进行了检查，并同意进行项目归档 |  |  |
| 项目管理员 | 该项目的全部研究费用已支付 |  |  |
| 档案管理员 | 该项目的中心小结和总结已递交机构办公室备案 |  |  |
| 我已对该项目的资料目录进行审核，接受项目归档 |  |  |
| 备注 |  | | |
| 项目负责人签名/日期 |  | | |
| 机构办主任签名/日期 |  | | |
| 机构副主任  签名/日期 |  | | |