**药物/医疗器械临床试验结题签认表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 主要研究者 |  |
| 指定人员 | 确认内容 | 签名 | 时间 |
| 主要研究者 | 该项目已完成，申请结题 |  |  |
| 研究护士/临床协调员（CRC） | 该项目的剩余试验物资已退回／处理 |  |  |
| 该项目的研究文件及资料已根据归档目录整理，已完整 |  |  |
| 该项目的原始资料已完善并归入病案室 |  |  |
| 该项目的完成报告和总结报告已递交伦理委员会备案 |  |  |
| 药物管理员 | 该项目的剩余药品已退回申办者／销毁 |  |  |
| 质量管理员 | 我已对该项目进行了检查，并同意进行项目归档 |  |  |
| 资料管理员 | 我已对该项目的资料目录进行审核，接受项目归档 |  |  |
| 机构办公室主任 | 该项目的全部研究费用已支付 |  |  |
| 备注 |  |