**临床试验用药品、应急/随机信封及相关物资退还记录表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | **项目编号** |  |
| **申办者/CRO** |  | **监查员** |  |
| **专业科室** |  | **主要研究者** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验用药品 | **药品名称+规格** | **批号+药品编号** | **有效期** | **退还药品数量（单位： ）** | | | |
| **已经使用** | **未使用** | **破损** | **空瓶/空包装** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 应急/随机信封（如适用） | 编号 | | | | | | |
| 剩余物资 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **最终返还** 我保证在我中心已经没有剩余的试验用药品和包装、应急/随机信封以及物资，清点计数记录在相应的表格中。  机构药品管理员签字： 日 期： |

快递公司信息： 快递公司名称：

药品返还运输条件： 快递单号#：

|  |
| --- |
| **申办者完成：** |
| 我确定我收到返还的药品和包装、应急/随机信封以及物资符合上述描述。  接收人签字： 接收日期： |