纠正预防措施有效性核查报告

CAPA Effectiveness Verification Report

Section A

纠正预防措施编号 CAPA Ref: _____

纠正预防措施完成时间 CAPA Completion Date: _____

有效性核查完成时间 Effectiveness Verification Completion Date: _____

Section B 纠正预防措施有效性核查结果 Verification of the CAPA Effectiveness

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

核查人签字 Verifier Signature:: _____

是否需重新制定纠正预防措施 New CAPA needed: _____ **新纠正预防措施单编号 CAPA No._____**

部门主管 Depart.Supervisor: _____ Date: _____

QA 确认 QA Confirm: : _____ Date:: _____