**治験実施計画書からの逸脱記録**

承認番号：

治験依頼者：

被験薬の化学名又は識別番号：

治験課題名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **逸脱確認日** | **被験者識別コード** | **逸脱の概要** |
|  |  | (逸脱の内容)  (逸脱した理由)  (逸脱防止のための対策等) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

治験責任医師・分担医師（記名捺印又は署名）　　　　　　　　　　　　　印