整理番号	
区分	□医薬品治験
	□医療機器治験

（施設書式 19）

治験実施計画書からの逸脱（緊急の危険回避の場合を除く）に関する報告一覧

治験責任医師
（実施医療機関名）
（氏名）　　印

下記の治験において、以下のとおり治験実施計画書からの逸脱が生じましたので報告いたします。

記

治験依頼者			
被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			

逸脱発生日 （西暦年/月/日）	被験者識別 コード等	逸脱の内容	逸脱した理由等
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			