

年 月 日

治験実施計画書からの逸脱記録  
(緊急の危険回避の場合を除く)

治験責任医師

代理作成：(CRC名印字)

施設名	青梅市立総合病院
治験課題名	
治験実施計画書番号	
治験依頼者	

発生日	発見日
被験者識別コード 等	
逸脱の内容	
逸脱の詳細及びその理由	
講じた防止策	

※作成日、治験責任医師名は直筆で作成いただく。