「アルツハイマー病治療薬の臨床評価及び臨床開発における

留意点と課題について（中間とりまとめ）」に対するご意見

1．ご氏名（必須）

2．企業名または団体名

3．ご住所または所在地

４．ご連絡先

Tel：（必須）

FAX：

E-mail：（必須）

5．ご意見

（1)「アルツハイマー病治療薬の臨床評価及び臨床開発における留意点と課題について（中間とりまとめ）」

に対するご意見を、該当のページとともに記載してください

①「臨床試験の選択基準」について（p4～7）

ご意見　あり：□　なし：□（いずれかにチェックしてください）

|  |
| --- |
| ご意見 |

②「臨床試験に用いる有効性評価項目」について（p7～9）

ご意見　あり：□　なし：□

|  |
| --- |
| ご意見 |

③「各開発段階において実施する臨床試験に関する留意事項」について（p9～13）

ご意見　あり：□　なし：□

|  |
| --- |
| ご意見 |

④その他、文書全体に関して

ご意見　あり：□　なし：□

|  |
| --- |
| ご意見 |

(2)　今後の研究計画または最終的なガイドラインに関するご意見・ご要望など

ご意見　あり：□　なし：□

|  |
| --- |
| ご意見 |