

「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

ご氏名・ご連絡先		
ご氏名(必須)		
企業名または団体名		
ご住所または所在地		
Tel(必須)		
FAX		
E-mail(必須)		
(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)		
<input type="checkbox"/> ご意見あり	<input type="checkbox"/> ご意見なし	(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)		
<input type="checkbox"/> ご意見あり	<input type="checkbox"/> ご意見なし	(いずれかにチェックしてください)
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      ご意見なし      (いずれかにチェックしてください)

ご意見

④その他、文書全体に関して

ご意見あり      ご意見なし      (いずれかにチェックしてください)

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      ご意見なし      (いずれかにチェックしてください)

ご意見

ご協力ありがとうございました