

アトピー性皮膚炎の 患者さんと保護者の方へ

錠剤／シロップ剤の治験にご協力をお願いします



ご参加いただける方

1. 10～17歳の方
2. アトピー性皮膚炎と診断されている方
3. 約2年間、決められたスケジュールで来院・治験薬の服用・検査が可能な方

※ 他にも参加基準があります。参加基準に合わない、または予定の人数に達した場合は、ご参加いただけない場合があります。

この治験についてもっと知りたい時は？

患者さんやご家族の方に「治験」を正しく理解してもらうためのウェブサイト（リリートライアルガイド）で、この治験の概要と実施している医療機関を知ることができます。



詳しくは

医師または
病院スタッフまで

リリートライアルガイドコールセンター **0120-023-812**