

〒120-0006 東京都足立区谷中2-7-13
株式会社 スペクトラム出版社 御中
(児童思春期精神保健研究会 配布代行)
Tel: 03-5682-7169 Fax: 03-5682-7157

注文受付番号

年 月 日

下記明細のとおり、CBCL関係のチェックリスト/調査票を注文いたします。

チェックリスト/調査票 購入申し込み書

2014.4.1以降の税率8%

略称	調査票名	税込単価	数量	小計(円)
CBCL 4-18 for P	子どもの行動チェックリスト(親用) 4-18歳	65 円		
CBCL 4-18 PM	子どもの行動チェックリスト(親用) プロフィール表 (男子)	45 円		
CBCL 4-18 PF	子どもの行動チェックリスト(親用) プロフィール表 (女子)	45 円		
TRF 5-18 for T	子どもの行動チェックリスト(教師用) 5-18歳	65 円		
TRF 5-18 PM	子どもの行動チェックリスト(教師用) プロフィール表 (男子)	45 円		
TRF 5-18 PF	子どもの行動チェックリスト(教師用) プロフィール表 (女子)	45 円		
CBCL 2-3	子どもの行動 調査票 (2-3歳用)	65 円		
CBCL 2-3 Score	子どもの行動 調査票 (2-3歳用) スコアリング表	45 円		
YSR	ユース・セルフレポート	65 円		
YSR-P	ユース・セルフレポート プロフィール表	45 円		
A		チェックリスト/調査票 合計		
B	合計金額にかかわらず一律 税別500円	送 料 本体500円	税込	540
C	代金引換宅配便をご希望で、リスト、調査票の合計金額が5000円未満の場合のご負担です。	代金引換宅配手数料 本体300円	税込	(324)
A + B + C		支 払 い 合 計	税込	

送料は、予告なしに変更となることがあります。あらかじめご了承ください。

権利者との契約に基づきます。ご記入なき場合には発送はいたしかねます。

使用目的

使用方法

ご 発 注 者 個人 ・ 団体 (いずれかに○)

お届け希望日時 月 日 午前 午後

※ 送付は、一部地域を除き宅配便となります。配達希望日・時間帯に対応できない場合があります。

※お支払いはご注文の翌月末日まで

決済方法

銀行振込 ・ 郵便振替 ・ 代金引換宅配便 (いずれかに○)

※ 郵便振替、銀行振り込みの場合、振り込み手数料はご負担願います。

書 類 (必要な場合に○をつける) 見 積 書 ・ 納 品 書 ・ 請 求 書

書類の日付: 無 ・ 有

書類の宛名(正式名称):

※ 上記項目以外にご要望がある場合、申し込み時にお申し出ください。後日の変更や再発行はいたしかねます。

事務欄

送付

請求書他

決済

ご発注者名称

㊞

ご発注責任者

住所(送付先) 〒

電 話 番 号

F A X 番 号

*メールアドレス CBCL関連の新しい情報をご希望の方のみ、ご記入ください。

Form-B 2016.7.27改

備 考