

〒120-0006 東京都足立区谷中 2-7-13

注文
受付番号

株式会社 スペクトラム出版社 御中

Tel: 03-5682-7169 Fax: 03-5682-7157

年 月 日

下記明細のとおり、PARS-TRの購入を注文いたします。

PARS-TR 購入 申し込み書

2014.4.1以降の税率8%

略称	商品名	税込価格	セット数	小計(円)
PARS 本体	PARS-TR 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 本体 10部セット Parent-interview ASD Rating Scale 本体価格4,200円	4536円		
PARS 評定シート	PARS-TR 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 評定 シート 50枚セット Parent-interview ASD Rating Scale - Rating Sheets 本体価格5,000円	5400円		
A		PARS 商品(税込) 合計		
B		送料 本体500円	税込	540
C	代金引換宅配便をご希望で、本体・評定シートの合計金額 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○)

※バラ売りは致しかねます

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

ご発注者名称

印

送付

ご発注責任者

住所(送付先)

〒

請求書他

電話番号

決済

FAX番号

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

Form-P 2016. 7. 27改

備考