

〒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の購入を申し込みます。

ご注意:この申込書の使用は4月24日まで有効です。
4月25日以降は弊社での扱いは終了となります。

PARS-TR 購入 申し込み書

2014.4.1以降の税率

略称	商品名	税込(円)	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 本体価格4,200円 Parent-interview ASD Rating Scale	4,536		
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 本体価格5,000円 Parent-interview ASD Rating Scale - Rating Sheets	5,400		
A		PARS 商品(税込) 合計		
B		送料(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	税込	(324)
A+B+C		税込支払い 合計		

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○)

送付は宅配便となります

※バラ売りは致しかねます

お届け希望日時

月 日 午前 午後 夕方 時以降

※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○)

注: 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 ・ 請求書 ・ 納品書 (日付 入れる・入れない)

上記書類の宛名 (正式名称)

事務欄

住所・所在地

送付

ご発注団体名称

請求書他

ご発注責任者

印

電話番号

決済

ファックス番号

*メールアドレス

備考

Form-P

* 印の項目は、PARS関連の新しい情報をご希望の方のみ、ご記入ください。