e-mail　添付用

令和４年　　　月　　　　日

|  |
| --- |
| 送信先下田市教育委員会学校教育課　御中 幼児ことばの教室　　　山本　智弘　先生e-mailアドレス　s-kyoui@city.shimoda.shizuoka.jp件名　　静言研　幼児言語教室心理検査用具　Ｒ４年度希望調査 |

送信者（教室名＆担当者名）

ＦＡＸ番号

電話番号

※提出期限　　６月　６日（月）　　　購入希望（　有り　　・　無し　）

※優先順位をつけて　記入してください。

※心理検査用具購入を希望しない場合は　希望無し　として　ご提出ください。

★検査資格の必要な検査（　ＷＩＳＣや　WPPSI™-III知能検査　ＫＡＢＣなど　）の希望については、資格取得者がいることを下欄に書き添えて下さい。　　検査有資格者がいない場合は購入できません。

★「構音検査」「絵画語い検査」「遠城寺式検査」等、検査用紙のコピーは禁止されています。　保有枚数が少なくなっている場合は希望品の中に検査用紙を計上してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 希望検査名（品名）（検査・検査用紙等） | 個数 | 単価（税込み） | 合計価格 | 発行元・又は出版社　 |
| １ |  |  | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　円 |  |
| ２ |  |  | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　円 |  |
| ３ |  |  | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　円 |  |
|  |  |  | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　円 |  |
|  |  |  | 　　　　　　　　円 |  |  |

合計金額　　　　　　　　　　円