

# FAX送付状

令和6年 月 日

## 送付先

(沼津市) 児童発達支援センターみゆき 幼児ことばの教室  
肥田 芙美 先生

FAX番号 055—968—0505

**件名** 静言研 幼児言語教室心理検査用具 R6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21日(金) 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用具や関わる検査用紙( 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検査用紙も購入できません。

★「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	円	

合計金額 \_\_\_\_\_ 円