

〒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。

## PARS 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        | <b>PARS広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 本体</b><br>10部セット 本体価格3,500円<br><small>Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale</small>                    | 3,780          |      |       |
| PARS<br>評定シート | <b>PARS広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 評定</b><br>シート50枚セット 本体価格3,000円<br><small>Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale - Rating Sheets</small> | 3,240          |      |       |
| A             |  | PARS 商品(税込) 合計 |      |       |
| B             | 一律 本体価格500円<br>ただし本体価格合計金額10,000円以上では無料  | 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<br>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。