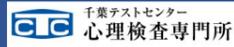


MMPI-3 購入資格申請書



◆はじめに …発行元(株)三京房さまからのご案内をお読みください。

- MMPI-3 日本版の購入は精神科・心療内科等の医師、臨床心理士、公認心理師等一定の有資格者または専門機関に限られます。
- 本申請用紙は出版元の株式会社三京房に通知される場合があります。本申請用紙の記載内容は個人情報保護法並びに関連するガイドラインに基づき適切にお取り扱いいたします。

◆検査をご使用となる方について、お知らせください。

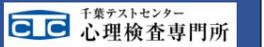
お名前(フリガナ)	セイ :		メイ :	
お名前	姓 :		名 :	
ご所属先名称				
ご所属の部署名				
ご所属先ご住所	〒			
	※ご所属先が大学の場合は、建物名や研究室名等、お受け取りの場所のご指示をお願い致します。			
お電話番号	:		※固定電話の番号をお願い致します。	
e-mail	:			
保有資格 ※☑をご記入ください	医師		科	
	臨床心理士	登録番号 :		
	公認心理師	番号 :		
	その他資格 (または裁判所調査官・児童心理司職等)			

◆検査の使用目的、および確認事項(1)(2)をお読み頂き、☑のご記入をお願い致します。

MMPI-3の使用目的	<input type="checkbox"/>	臨床目的
	<input type="checkbox"/>	研究目的
	<input type="checkbox"/>	教育目的
	<input type="checkbox"/>	その他
※その他目的の詳細をご記入ください		
(1)	検査者は、大学院で心理学、医学、教育学または関連する分野の教育を受け、心理検査に関する教育、実習、研修を受けています。	
(2)	各学会の倫理規定に基づき、また著作権等に配慮しつつ適切にMMPI-3日本版を取り扱います。	

※確認後、☑をご記入ください

MMPI-3 ご注文書



◆検査ご使用者の代理で発注される場合は、発注される方の情報および商品お届け先について、お知らせください。

発注担当者お名前(フリガナ)	セイ :		メイ :	
発注担当者 お名前	姓 :		名 :	
ご所属先 (商品お届け先)名称				
(商品お届け先)部署名				
ご所属先 (商品お届け先)ご住所	〒			
	※ご所属先が大学の場合は、建物名や研究室名等、お受け取りの場所のご指示をお願い致します。			
お電話番号	:		※固定電話の番号をお願い致します。	
e-mail	:			

◆ ご希望商品に数量をご記入ください

No.	MMPI-3 商品名	価格	数量	金額
1	採点プログラムセット	¥66,000		
2	ハンドスコアリングセット	¥66,000		
3	タイプA質問票(10部)	¥8,800		
4	タイプB質問票(10部)	¥7,700		
5	採点プログラム用 回答用紙(50部)	¥5,500		
6	採点盤用 回答用紙(30部)	¥6,600		
7	記録用紙セット(5種類各30部、Tスコア表30部付き)	¥22,000		
8	マニュアル	¥6,600		
9	音声USB	¥8,800		

※3万円未満のご注文の場合は、別途送料を頂戴いたします。送料は後ほどご案内致します。