

WISC-V 関連指標セット お申込書

お客様情報についてご記入の上、千葉テストセンターへFAX (03-3399-7082) 送信してください。

使用 者 情 報	検査を使用する 専門機関・施設の名称
	検査を使用する 部署名 (例：臨床心理学科／小児科) ※
	<p>使用者レベル</p> <p>検査をする方について、下記A・Bの基準を満たした上で、どちらの資格を有するか、チェックをお願いします。</p> <p>A：保健医療・福祉・教育等の専門機関において、心理検査の実施に携わる業務に従事する方。</p> <p>B：レベルAの基準を満たし、かつ大学院修士課程で心理検査に関する実践実習を履修した方、 または心理検査の実施方法や倫理的利用について同等の教育・研修を受けている方。</p> <p><input type="checkbox"/> 心理学、教育学または関連する分野の博士号</p> <p><input type="checkbox"/> 公認心理師、臨床心理士、学校心理士、臨床発達心理士、特別支援教育士</p> <p><input type="checkbox"/> 医師、言語聴覚士</p> <p><input type="checkbox"/> 国家公務員心理職（家庭裁判所調査官等）、地方公務員心理職（児童心理司等）の職</p>
お 申 込 者 情 報	専門機関・施設の住所 〒
	商品お受取り担当者の 部署名 (※印の部署と異なる場合はご記入ください。例：総務課／管財課)
	商品お受取り担当者の お名前
	商品お受取り担当者の メールアドレス (案内メールをお送りします。大きくご記入をお願いします)
	フリガナ mail
	商品お受取り担当者の お電話番号
	関連指標セット お申込み数
	WISC-V コンプリートセット ユーザー登録番号 (お申込み台数分、ご記入ください)
備考 (千葉テストセンター発行のお見積書があれば、お見積書ナンバーをお知らせください)	