

発達知能検査FAX申込書

依頼年月日	年 月 日
ご依頼者様 氏名	
ご連絡先	TEL FAX

ふりがな		性別
ご利用者様 氏名		男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日 (歳)	
ご住所		
ご連絡先	TEL FAX	
現病歴・既往歴		
ご利用目的		

●お受けになりたい検査項目にチェックを入れてください。

チェック欄	検査項目	所要時間	ご利用料金
<input type="checkbox"/>	WISC-IV	約2～3時間 ※お子様の集中力により、 数回に分けて実施する場合がございます。	30,000円
<input type="checkbox"/>	WAIS-III		30,000円
<input type="checkbox"/>	K-ABCII		30,000円
<input type="checkbox"/>	DN-CAS	40分～1時間	30,000円

※検査結果の説明は、検査とは別日で行わせていただきます。

検査実施 希望日	第1希望日	月 日 時～
	第2希望日	月 日 時～
	第3希望日	月 日 時～