

検査用具レンタル申込書

申込日: 年 月 日

1. 申込内容

利用責任者名	
施設名	
住所	
TEL	
FAX	
ふりがな 担当者名(部署名)	()

貸し出し希望検査用具 (○をつけて下さい)	<ol style="list-style-type: none">1. WAIS-Ⅲ成人知能検査 内容: 検査用具、手引き、記録用紙、研修用 DVD2. ウェクスラー記憶検査(WMS-R) 内容: 検査用具、手引き、記録用紙3. 日本版リバーミード行動記憶検査(RBMT) 内容: 検査用具、手引き、記録用紙、検査模擬実施 DVD4. 遂行機能障害症候群の行動評価(BADS) 内容: 検査用具、手引き、記録用紙、質問紙5. 標準注意検査法(CAT)・標準意欲評価法(CAS) 内容: 検査用具、手引き、記録用紙、検査課題 CD
希望貸出期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	

2. 注意事項

- ・検査用具には細かな物品が多く入っております。破損・紛失されることの無いようお願い致します。万が一、破損、紛失した場合、すみやかに下記支援センターまでご連絡ください。
- ・貸出期間をご希望に添えない場合がありますが、その際は支援センターより連絡させていただきます。

※この様式を下記申込先まで FAX またはメールにてお送りください。

【申込先】 福井県高次脳機能障害支援センター

〒910-0067 福井県福井市新田塚 1-42-1 福井総合クリニック内

TEL: 0776-21-1300(内線 2540) FAX: 0776-25-8264

Mail: fukui-koujinou@kve.biglobe.ne.jp