心理検査借用書

令和　　　年　　　月　　　日

愛知教育大学附属特別支援学校長　様

学校（園）名

学校（園）長名

住所

電話番号

下記の心理検査を借用したいので申請します。なお，借用品は丁寧に扱い，紛失や破損等のないように十分留意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 心理検査名 |  | |
| 借用期間 | 令和 　　年　　 月　　 日（　　）　～　令和 　　年 　　月　　 日（　　） | |
| 受取日時 | 令和 　　年　　 月　　 日（　　）  時間：　　　　時　　　　　分 |
| 返却日時 | 令和 　　年　　 月　　 日（　　）  時間：　　　　時　　　　　分 |
| 使用目的 |  | |
| 使用者 | ※WPPSI―Ⅲ，WISC－Ⅳ，WAIS－Ⅳ，田中ビネー式知能検査Ⅴを借りる場合には，臨床心理士等の心理検査に係る資格を有する方のお名前を記入してください。  （記入例：スクールカウンセラー　〇〇　〇〇） | |