

DVD作成オーダーシート



□ご注文ありがとうございます。お客様担当は_____です。

会社名			
部署名		ご担当者	様
TEL		FAX	
E-mail			

株式会社イメージ・ジャパン

〒284-0001
千葉県四街道市大日818-6
TEL:043-424-8203
FAX:043-424-8206
E-mail:info@imagejapan.com

担当	
----	--

ご住所	〒		
□ご請求書送付先			

※□は■のように、分かりやすく塗りつぶして下さい。(見積No.)

マスター着	月 日 (AM・PM)	<input type="checkbox"/> 当社保管有(※No.)
ご支給素材	<input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> 動画データ(形式:) <input type="checkbox"/> HDCAM <input type="checkbox"/> その他()	
タイトル名	時間数	
メニューページ作成	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 当社作成 <input type="checkbox"/> ご支給
メニューページ数	枚	メニューページデータ
チャプターポイント設定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ポイント設定有(別紙にてご指示ください) <input type="checkbox"/> オートチャプター(3分・5分・10分 間隔)	
オートリピート	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<small>※ケースはスリム5mmケースが変換料金に含まれております。別ケースをご希望の方はお申し付けください。</small>
ボリューム名	<small>※半角英数字 / 未記入の場合には「DVD-VIDEO」に設定いたします</small>	
変換内容	<input type="checkbox"/> 収録内容すべて <input type="checkbox"/> トリミング(指定箇所抜き出し) <input type="checkbox"/> つなぎ編集あり(2本以上の映像をつなげる)	
<small>※トリミング・つなぎ編集ご希望の場合、指示内容をご記入下さい。</small>		
検証版	<input type="checkbox"/> 希望する ※+3営業日 <input type="checkbox"/> 無	検証版納期 月 日
検証版お渡し方法	<input type="checkbox"/> ご郵送(会社名: / 様宛) <input type="checkbox"/> 店頭受け渡し	

※変換済みDVDをマスターとして、コピーサービスご利用の場合は下記にご記入ください。(変換したディスクを含めた合計数)

コピー枚数	計	枚
ケース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> スリムケース(5mm厚) <input type="checkbox"/> ジュエル(10mm厚)(<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 白) <input type="checkbox"/> トールケース(<input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> セミクリア) <input type="checkbox"/> BDケース <input type="checkbox"/> その他()
レーベル印刷	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> テキスト <input type="checkbox"/> 部分画像 <input type="checkbox"/> 全面) <input type="checkbox"/> データ	<input type="checkbox"/> 当社制作 <input type="checkbox"/> ご支給
ジャケット印刷	<input type="checkbox"/> 当社印刷 <input type="checkbox"/> ご支給(納入日) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 当社制作 <input type="checkbox"/> ご支給
包装	<input type="checkbox"/> OPP袋 <input type="checkbox"/> シュリンク <input type="checkbox"/> キャラメル <input type="checkbox"/> 無	※備考

希望納品日	月 日 (納期回答 月 日)		に限る 迄に
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> 銀行振込み <input type="checkbox"/> クレジットカード		
マスター返却先	<input type="checkbox"/> ご依頼者宛 <input type="checkbox"/> 納品先 <input type="checkbox"/> 送り主		
	<input type="checkbox"/> その他【住所・ご連絡先】		
納品先	<input type="checkbox"/> 店頭お引渡し <input type="checkbox"/> 配送/ご依頼者宛 <input type="checkbox"/> 配送/ご指定住所有(下記にご記入下さい)		
	〒		
□検証版送付先	様宛		
□ご請求書送付先	TEL:		
送り主	<input type="checkbox"/> イメージ・ジャパン <input type="checkbox"/> ご依頼者 <input type="checkbox"/> ご指定住所有(下記にご記入下さい)		
	〒		
□ご請求書送付先	TEL:		
キャンペーン	今後、当社キャンペーンの際に御連絡させて頂いてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> YES (<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX) <input type="checkbox"/> NO		

弊社使用欄

N	S	M	D	代引	責任者

U	N	S	P