

ビデオダビング 口注文書 口見積書

エス・エス・ケイ・サプライ株式会社 受注センター 担当
 TEL : 0120-43-8845 FAX : 04-7198-4476
 〒270-0222 千葉県野田市木間ヶ瀬5377-11

※太枠のみご記入ください

■発注者様

お名前：	様	担当者	様
住所：〒			
TEL：	FAX：	E-Mail：	

■納品先 (ご指定がある方のみご記入ください)

お名前：	様	担当者	様
住所：〒			
TEL：	FAX：		

■出荷元 (ご指定がある方のみご記入ください)

お名前：	様	担当者	様
住所：〒			
TEL：	FAX：		

■マスターテープ・部材返却先 (ご指定がある方のみご記入ください)

お名前：	様	担当者	様
住所：〒			
TEL：	FAX：		

■マスターテープ

マスター到着予定日	月 日 曜日	時頃	発送方法 (宅急便・郵送・来社)		
タイトル					
ダビング本数	本				
希望納品日	月 日 曜日	時頃	着希望		
マスター種類	<input type="checkbox"/> DV CAM <input type="checkbox"/> βカム <input type="checkbox"/> VHS				
音声	<input type="checkbox"/> ステレオ <input type="checkbox"/> モノラル				
カラーバー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		数量	単価	小計
信号音	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
マスタータイム	分 ⇒ 分				
(20分以下のものは一律20分、5分単位の繰上げとなります)					

■加工内容

VHS使用テープ	T- <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> HG			
VHS使用ケース	種類 () 色 ()			
背・腹ラベル印刷依頼	<input type="checkbox"/> する (データ支給方法: E-Mail/FD/MO) <input type="checkbox"/> しない (支給日: /)			
背ラベル	<input type="checkbox"/> 貼る			
腹ラベル	<input type="checkbox"/> 貼る			
ジャケット	<input type="checkbox"/> 有 (支給日: /) <input type="checkbox"/> 無			
シール類	<input type="checkbox"/> 有 (種類・支給日: /) <input type="checkbox"/> 無			
葉書・小冊子類	<input type="checkbox"/> 有 (種類・支給日: /) <input type="checkbox"/> 無			
シュリンク包装	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

決定納期	合計	送料	消費税	総合計