

入稿日	弊社到着日 平成 年 月 日		
お客様情報	ご住所（〒 - ） 都 道 府 県 市 郡 区		
フリガナ	会社名	部署名	
ご担当者名 （フルネーム）			
■TEL		■FAX	
■携帯電話		■E-mail	
ご署名	※「オーサリング規約」をご確認の上、必ずご署名、捺印をお願いいたします。 私は別紙「オーサリング規約」の内容を確認の上、承諾いたしました。		印
タイトル名	ディスクリابل名		
※ディスク自体につけるラベル名です。英数字12文字まで可能です。記号はアンダーバーのみ使用できます。【A-Z】【0-9】【_】※0(ゼロ)はゆと表記して下さい			
時間	時間 分 秒	チャプター数	
支給マスター	☐ DVCAM ☐ BETACAM ☐ DIGITAL BETACAM ☒ オプション ☐ HDCAM ☐ HDV ☐ DVCPRO HD		
オプション項目の場合は、別途追加料金が必要となります。			
アスペクト比、音声仕様	アスペクト比 ☐ 4:3 ☐ 16:9 音声仕様 ☐ リニアPCM ☐ ドルビーデジタル		
メニュー画面	☐ 静止画（BGM：有・無）	☐ 動 画（BGM：有・無）	合計 枚
コピーガード	☐ 有（CSS・APS） ☐ 無	※APSの場合はお客様ご自身で、マクロビジョン社との契約が必要になります。	
リージョンコード設定	☐ ALL ☐ 2 ☐ その他（ ）		
※プラントダイレクト出力 又はDLT出力でない場合はALLの指定となります。			
プレス・コピー依頼の有無	☐ 弊社にてプレス・コピー ☐ オーサリングのみを依頼		
※オーサリングは弊社でのプレス・コピーを、お申し込みされた方だけの料金とさせていただきます。オーサリングのみのお申し込みの方は、別途追加料金が必要となります。			
マスター出力	☐ DVD-R ☒ オプション ☐ プラントダイレクト ☐ DLT		
オプション項目の場合は、別途追加料金が必要となります。			
検証版納品先情報	☐ お客様住所 ☐ 希望納品先住所		
希望納品先情報	ご住所（〒 - ） 都 道 府 県 市 郡 区		
フリガナ	会社名	部署名	
ご担当者名 （フルネーム）			
■TEL		■FAX	
希望納品日情報	平成 年 月 日		
※配送会社・配送地域、運搬事故等によっては時間指定のご希望に添えない場合がございます。予めご了承願います。			
備 考	作業指示がある場合、必ず記述をお願いします。		