

マスター変換入稿シート

弊社記入欄

見積りNO.

タイトルNO.



テックトランス株式会社
本社

〒101-0025
東京都千代田区神田佐久間町2-13ムツビル1階
Tel 03-5833-5385 Fax 03-5833-5386

①入稿日(受付日)、テックトランス担当者名

入稿日(弊社到着日)	平成 年 月 日
テックトランス担当者名	

②お支払情報 ※基本的に全額前金となります

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> カード代引(別途手数料がかかります)
	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 現金代引(別途手数料がかかります)
	<input type="checkbox"/> カード(本社工来社時のみ)	<input type="checkbox"/> 売掛(契約済のお客様のみ)
お支払日(銀行振込日)	平成 年 月 日 ※必ずご記入願います	
振込者名	※お客様名と違う場合は必ずご記入下さい ※入金の確認が取れない場合、納期が遅れる恐れがあります	

③ご署名 ※「オーサリング用入稿規約」をご確認の上、必ずご署名願います。

私は別紙「オーサリング用入稿規約」の内容を確認の上、了承しました

④お客様情報

ご住所(〒 -)

都道 市郡
府県 区

フリガナ
お名前 ※会社名・部署名・ご担当者名(フルネーム)、または個人名をご記入下さい

■TEL - -

■FAX - -

■携帯電話 - -

■E-mail - -

⑤検証版納品先情報 ※未記入の場合、上記に配送。 ※お申し出が無い場合は発送伝票の依頼人欄は御社名になります。

ご住所(〒 -)

都道 市郡
府県 区

フリガナ
お名前 ※会社名・部署名・ご担当者名(フルネーム)、または個人名をご記入下さい

■TEL - -

⑥納品書、返却物等の返却先

お客様住所 希望納品先住所

⑦希望納品日情報 ※配送会社・配送地域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。予めご了承ください。

希望納品日	希望時間帯
平成 年 月 日	AM・12時・14時・16時・18時・20時 14時 16時 18時 20時 21時

⑧タイトル名、ディスクラベル名

タイトル名	
ディスクラベル名	※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φと表記して下さい
TIME	【TIME 分 秒】

⑨支給マスター

DVCAM DV DVCPRO25

デジタルβカム βカム βカムSP

HDCAM HDV その他()

⑩作成マスター

DVD-Rコピー用 DVDプレス用

BD-Rコピー用 BDプレス用

⑪再生設定

自動再生 自動再生+オートリPEAT

その他()

⑫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

⑬コピーガード、リージョンコード設定

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 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

⑭マスター出力

マスター出力 DVD-R
 プラントダイレクト
 DTL

マスター納品希望 希望する 希望しない

⑮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

※オーサリングバックは弊社でのプレス・コピーをお申し込みされた方のみの特典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。

⑯備考欄