テックトランス株式会社 【住所】東京都新宿区北新宿 1-1-15 リー5ビル 8F 【TEL】03-5937-3411 【FAX】03-5937-3412 【mail】info@tech-t.co.jp

メモリーコピー発注シート

見積 NO.

弊社記入欄

タイトル NO.

納品確定日 月 日 (AM・14・16 / 18・19)

配送日程 1A・1P・2A・2P

テックトランス社内通信欄

□投込物
□別紙
□分納有
□デザインOK

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)	年 月 日
テックトランス担当者名	

②お支払情報※基本全額前金でのお支払いをお願いします。

お支払い方法	□銀行振込 □代引(別途手数料有り) □現金(ご来社時) □売掛(契約済のお客様のみ) □クレジットカード(ご来社時)
お支払日(銀行振込日)	年 月 日
振込者名	※お客様名と異なる場合は必ず御記入下さい。 ※入金確認が取れない場合は、納品日に遅延が発生する場合がございます。

③お客様情報

※この項目の「会社名／お名前」は、「署名」も兼ねております。
別紙「入稿規約」を御確認の上、ご了承頂き御記入をお願い致します。

ご住所(〒)

会社名 フリガナ

お名前 フリガナ

TEL

FAX

携帯

Mail

④希望納品先情報

※未記入の場合は、上記③お客様のご住所宛に発送となります。
※④への配送伝票の依頼人名はお客様名となります。

ご住所(〒)

※納品先が複数となる場合は別紙「分納指示シート」にてご指示下さい。※納品が分納となる場合、配送先が遠方の場合は追加送料が発生致します。

会社名 フリガナ

お名前 フリガナ

TEL

⑤返却物／予備等の送付先

※配送先によっては、別途送料が発生致します。

□お客様住所 □希望納品先住所

⑥御客様から担当者へ

※配送業者／納品先地域の都合によっては、日時指定の御希望に添えない場合がございますので、予め御了承下さい。

※詳細なご指示／ご希望がある場合は、必ず記載をお願い致します。

希望納品日	希望時間帯
年 月 日	

⑦コース内容

□バルク(メモリのみ) □パッケージ(メモリのみ) □その他

⑧タイトル名／発注枚数

タイトル名	発注部数
	個

⑨マスター支給形態／データ容量

マスター支給形態	データ容量
□USB メモリ □SD カード □その他( )	□ ～ 512MB □ ～ 1GB

⑩コピー希望メモリー

メモリー種類	メモリーご支給部数(予備含む)
□USB メモリ □SD カード	支給部数 部

※ 当サービスは、お客様からご支給頂いた「メモリー」へのコピーサービスとなります。

※ ブランクのメモリーとマスターのメモリーは、必ず同一型番で同一セクターサイズの物をご用意下さい。セクターサイズが異るとコピー作業を行う事が出来ない等のエラーの原因となる場合がございます。

※ メモリーをご支給頂く際は、必ず予備(数量の5%以上)を併せてご支給下さい。

⑪セット仕様

□無し(バルク)
□ご支給ケースへセット
□その他( )