

メモリーコピー発注シート 見積 NO.		テックトランス社内通信欄	<input type="checkbox"/> 投込物
弊社記入欄	タイトル NO.		<input type="checkbox"/> 別紙
	納品確定日 月 日 (AM・14・16 18・19)	配送日程 1A・1P・2A・2P	<input type="checkbox"/> 分納有
			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> 代引(別途手数料有り)
	<input type="checkbox"/> 現金(ご来社時)	<input type="checkbox"/> 売掛(契約済のお客様のみ)
<input type="checkbox"/> 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(〒)
会社名 フリガナ
お名前 フリガナ
TEL

⑤ 返却物等の送付先 ※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
<input type="checkbox"/> USB メモリ	<input type="checkbox"/> ~ 512MB
<input type="checkbox"/> SD カード	<input type="checkbox"/> ~ 1GB
<input type="checkbox"/> その他()	

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)
<input type="checkbox"/> USB メモリ	支給部数 部
<input type="checkbox"/> SD カード	
※ 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。	
※ フ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()