

お客さま情報

貴社名		TEL	
担当者名		FAX	
E-mail		緊急連絡先	
ご住所	(〒 -)		

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 来店 <input type="checkbox"/> 銀行振込 (振込名義:)		
	<input type="checkbox"/> Web決済 (SMBCマルチペイメントサービス利用) ※お見積り金額確定後に決済用のURLをお送りさせていただきます。		

商品情報

タイトル		管理番号	
マスター入稿日	月 日	印刷データ入稿日	月 日
生産数量		希望納品日	

ディスク仕様	<input type="checkbox"/> ディスクタイプ	<input type="checkbox"/> Blu-ray 1層 (25GB)	<input type="checkbox"/> Blu-ray 2層 (50GB)	
	<input type="checkbox"/> AACSLICENSEID	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 未取得	<input type="checkbox"/> マスター入稿形態 <small>※弊社にてオーサリングが必要な場合は事前にご相談ください</small>	<input type="checkbox"/> BDCMF <input type="checkbox"/> SONYCMF <small>※HDD等でご支給ください</small>
	<input type="checkbox"/> 盤面印刷	<input type="checkbox"/> シルク印刷 <input type="checkbox"/> オフセット印刷	<input type="checkbox"/> 内径	<input type="checkbox"/> 23mm <input type="checkbox"/> 白ベース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

ケース仕様	<input type="checkbox"/> バルク (ケースセットなし)	<input type="checkbox"/> 簡易ケース	<input type="checkbox"/> 不織布	<input type="checkbox"/> テアテープ	<input type="checkbox"/> メールケース
	<input type="checkbox"/> トールケース	<input type="checkbox"/> 14mm (1disc) <input type="checkbox"/> 14mm (2disc) <input type="checkbox"/> BDケース	<input type="checkbox"/> ジュエルケース	<input type="checkbox"/> 5.2mm スリムケース <input type="checkbox"/> 10mm ケース (1disc ・ 2disc) <input type="checkbox"/> マキシケース	
	<input type="checkbox"/> ジュエルケーストレイ/トールケースの色	<input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> クリア	<input type="checkbox"/> クリアブルー ※BDケース色は青のみ		
	<input type="checkbox"/> 紙ジャケット	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> 表面加工 (グロスPP ・ マットPP ・ ニス加工) <input type="checkbox"/> ダブル (1disc ・ 2disc) <input type="checkbox"/> 表面加工 (グロスPP ・ マットPP ・ ニス加工)	<input type="checkbox"/> デジパック	<input type="checkbox"/> CDケースサイズ <input type="checkbox"/> 表面加工 (グロスPP ・ マットPP ・ ニス加工) <input type="checkbox"/> トールケースサイズ <input type="checkbox"/> 表面加工 (グロスPP ・ マットPP ・ ニス加工)	
	<input type="checkbox"/> 包装	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<small>※通常10mmジュエルケースはキャラメル包装、その他はシュリンク包装となります 簡易ケースは包装はございません。</small>		

ジャケット仕様	<input type="checkbox"/> 印刷物なし	<input type="checkbox"/> データ支給 (弊社で印刷)	<input type="checkbox"/> 印刷物支給 (ご支給日	月 日)
	<input type="checkbox"/> トールケース	<input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面 <input type="checkbox"/> 封入冊子 (ページ)	<input type="checkbox"/> ジュエルケース	<input type="checkbox"/> Pジャケット <input type="checkbox"/> バックインレイ <input type="checkbox"/> 帯
	<input type="checkbox"/> その他封入物			

納品先情報	<input type="checkbox"/> 発注者住所	<input type="checkbox"/> その他 (荷主にご指定がある場合は別途ご指示ください)
	ご住所 (〒 -)	会社名 <small>ふりがな</small>
	都道府県	市群区
	電話番号 () -	お名前 <small>ふりがな</small>

分 納 指 示 書

- 納品先が2ヶ所以上ある場合は、この【分納指示書】にご記入をお願いします。
- お申し出の無い場合は、発送伝票の荷送人欄はご注文者様になります。
- 直前の変更等はトラブルの为避免のためお控えください

商品情報

タイトル		管理番号	
総数	枚	分納箇所	ヶ所

荷 主	<input type="checkbox"/> ご注文者様 <input type="checkbox"/> その他(ご注文者以外の荷主の場合は下記にご指示ください)	
	ご住所(〒) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 都道 府県 市群 区 </div>	会社名 <small>ふりがな</small> _____ お名前 <small>ふりがな</small> _____
	電話番号 ()	-
	電話番号 () -	

納品先情報

お届け先名	ご住所(〒) 都道府県 市群区	希望納品日/時間帯	枚数
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	
	ご住所(〒) 都道府県 市群区 電話番号 () -	月 日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 19~21	