

DVDプレス発注書 (Purchase order)

株式会社アスクメディア 〒182-0023 東京都調布市染地2-35 佐々木第二101
TEL 03-4405-9412 FAX 03-4405-9413

営業担当 宛

弊社記入欄	NO:	発送日	納品日	INC	営業担当	制作担当	配送担当
	特急便 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	月 日	月 日	月 日			
		支給物あり ()		アッセンブリ ()			

お客様情報 (ご依頼主)

お名前/会社名	
担当者名	部署名
住所 (〒 -)	都道府県 市区
TEL	FAX
e-mail	

注文内容

オーダー内容	<input type="checkbox"/> 新規プレス <input type="checkbox"/> 再プレス
枚数	枚
タイトル名	<small>※マスター面に同じタイトル名の記載をお願いします</small>
マスター入稿日	年 月 日
メディアタイプ	<input type="checkbox"/> DVD-5 (片面1層) <input type="checkbox"/> DVD-9 (片面2層)
フォーマット	<input type="checkbox"/> DVD-Video <input type="checkbox"/> DVD-ROM
支給マスター	<input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> DVD+R DL (片面2層) <input type="checkbox"/> ダイレクトプラント (CSSあり CSSなし) <input type="checkbox"/> 弊社に制作依頼 (※別途料金が発生します)

盤面印刷

レーベルデータ	<input type="checkbox"/> 完全データ支給 (到着日 年 月 日) CD-R メール添付 <input type="checkbox"/> 弊社に制作依頼 (※別途料金が発生します)
レーベル印刷	<input type="checkbox"/> シルク印刷 <input type="checkbox"/> 白ベタあり <input type="checkbox"/> 全面 <input type="checkbox"/> 変形 <small>銀面の見える箇所あり</small> <input type="checkbox"/> 白ベタなし <small>下地の銀面の影響を受けます</small> DIC No. _____ + _____ + _____ Pantone _____ + _____ + _____ <input type="checkbox"/> オフセット印刷 <input type="checkbox"/> 白ベタあり <input type="checkbox"/> 全面 <input type="checkbox"/> 変形 <small>銀面の見える箇所あり</small> <input type="checkbox"/> 白ベタなし <small>下地の銀面の影響を受けます</small>
レーベル内径	<input type="checkbox"/> 23mm <input type="checkbox"/> 36mm <input type="checkbox"/> 46mm
ディスク刻印希望番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

パッケージ・包装

パッケージ	<input type="checkbox"/> ケース有り <input type="checkbox"/> ケース無し (バルク discのみ)
ケース	<input type="checkbox"/> トールケース シングル <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> トールケース ダブル <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ジュエル10mm シングル <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> ジュエル10mm ダブル <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> ジュエル5mm スリムシングル (クリア) <input type="checkbox"/> メールケース (クリア)
不織布	<input type="checkbox"/> 通常OPP <input type="checkbox"/> CPPふた付き (<input type="checkbox"/> 裏面のり有り) <input type="checkbox"/> 赤ティアテープ (<input type="checkbox"/> 裏面のり有り)
包装	<input type="checkbox"/> キャラメル包装 <input type="checkbox"/> OPP包装 <input type="checkbox"/> 包装なし <input type="checkbox"/> その他 ()

印刷物

印刷物	<input type="checkbox"/> データ支給 ※印刷物のサンプルを添付ください。 <input type="checkbox"/> 紙出力(2枚) <input type="checkbox"/> PDF/JPG <input type="checkbox"/> 完成品支給 (弊社到着日 月 日) <input type="checkbox"/> なし
印刷内容	<input type="checkbox"/> トールケース用ジャケット <input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面 <input type="checkbox"/> ジュエルケース用ジャケット <input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面 [<input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 8P <input type="checkbox"/> 12P <input type="checkbox"/> 16P <input type="checkbox"/> 20P] <input type="checkbox"/> ジュエルケース用バックイン <input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面 <input type="checkbox"/> 帯 <input type="checkbox"/> 片面 <input type="checkbox"/> 両面 <input type="checkbox"/> 紙ジャケット <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル <input type="checkbox"/> 光沢 <input type="checkbox"/> マット <input type="checkbox"/> 不織布入れ有り <input type="checkbox"/> 不織布入れなし <input type="checkbox"/> デジトレイ <input type="checkbox"/> 二面タイプ <input type="checkbox"/> 三面タイプ <input type="checkbox"/> トールタイプ <input type="checkbox"/> 光沢 <input type="checkbox"/> マット <input type="checkbox"/> その他:

納品先 ※ご依頼主様住所以外へ納品の場合は、必ずご記載をお願いします。

お名前/会社名	
住所 (〒 -)	都道府県 市区
TEL	
お申し出のない場合は、発送伝票の送り主は「アスクメディア」になります。 <input type="checkbox"/> 送り主をご依頼主に変更 <input type="checkbox"/> 送り主を変更 下記の「その他ご希望欄」に住所、名前、TELをご記入ください。	

お支払い方法

<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換 ※全額前払いとなります。
お支払い日 年 月 日

伝票関係

請求書 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送
納品書 <input type="checkbox"/> 納品先 <input type="checkbox"/> お客様住所

希望納品日 ※配送会社、配送地域により時間指定に添えない場合もございます。

希望納品日 年 月 日
希望納品時間 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 12~14 <input type="checkbox"/> 14~16 <input type="checkbox"/> 16~18 <input type="checkbox"/> 18~20 <input type="checkbox"/> 20~21

その他ご希望

入稿規約に同意し注文いたします。
ご署名 印