

オーサリング/コピー 申込書

メディアピギー
 〒107-0052 東京港区赤坂 2-17-69 赤坂フェニックスビル2F
 TEL:03-3505-1961 FAX:03-3505-1962

		申し込み日付	年 月 日
連絡先	会社名：		担当者名： (印)
	〒		
	TEL：		FAX：
	E-mail：		

※上記連絡先と納品先が違う場合はご記入ください。

希望納品先	会社名：	担当者名：
	〒	
	TEL：	FAX：

☐ オーサリング (Blu-ray・DVD) ※スリムケース(クリア) 付き

タイトル		
メディア	Blu-ray <input type="checkbox"/> HDCAM <input type="checkbox"/> DVCProHD <input type="checkbox"/> HDV <small>※その他メディアの場合はご相談ください。</small>	DVD <input type="checkbox"/> HDV <input type="checkbox"/> DVCAM <small>※その他のメディアの場合はご相談ください。</small>
	<input type="checkbox"/> 追加コピー Blu-ray 枚	<input type="checkbox"/> 追加コピー DVD 枚
メニュー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (オート再生・ループ再生・オートループ再生)	
メニューデザイン <small>メニュー有りと答えた方</small>	<input type="checkbox"/> データ入稿 (校正1回) ファイル名・形式 () <input type="checkbox"/> パターン選択 ※詳細は別紙記入	
メニューボタン	個 (5個以上は追加料金) ※詳細は別紙記入 ※詳細は別紙記入	
チャプター	個 (20個以上は追加料金発生) ※詳細は別紙記入 ※詳細は別紙記入	
レーベル印刷	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	<input type="checkbox"/> データ入稿 ファイル名・形式 () <input type="checkbox"/> パターン選択 ※詳細は別紙記入	

☐ コピー (DVD・CD) ※ケース無し

枚数	枚
レーベル印刷	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	<input type="checkbox"/> データ入稿 ファイル名・形式 ()
	<input type="checkbox"/> パターン選択 ※詳細は別紙記入

☐ ケース ※別途ケースが必要な方は下記にチェックをお入れください。 なお、各ケースに応じた料金が発生いたします。

ケース	<input type="checkbox"/> スリムケース <input type="checkbox"/> ジュエルケース (赤・白・黒) <input type="checkbox"/> トールケース (クリア・白・黒) <input type="checkbox"/> 不織布 <input type="checkbox"/> 不織布 (ティアテープ/裏全面シール付)
包装	<input type="checkbox"/> OP袋 <input type="checkbox"/> シュリンク包装 <input type="checkbox"/> キャラメル包装 <input type="checkbox"/> ジャケット入れ

No. _____