

DVD-VIDEO オーサリング見積依頼

発行日

年 月 日

TO: 株式会社テクノメディア

注意/重要)必ず全ての項目を記入してください。不明な点はお問い合わせください。

お客様名/連絡先		タイトル名	
会社名: 住所:〒		ボリュームネーム(大文字英数と 32文字以内)	
部署: 氏名:			
Mail: TEL/FAX:			
マスター支給形態		ディスク構造	
<input type="checkbox"/> テープ 種類: <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> DVCAM <input type="checkbox"/> デジベ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> データ 種類: <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> QuickTime <input type="checkbox"/> MPEG2 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 片面1層 <input type="checkbox"/> 片面2層 (<input type="checkbox"/> オポジット=折り返し <input type="checkbox"/> パラレル=平行)	
Total Time	チャプタ(max99)	コピープロテクトキー	
	チャプタ数(個) チャプタリスト <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 有 min (チャプタを任意=不連続に再生する場合)	<input type="checkbox"/> 不要 デジタル(CSS) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 アナログ(APS) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ビデオ仕様			
TVフォーマット	アスペクト比	字幕	マルチアングル
<input type="checkbox"/> NTSC (日本・アメリカ) <input type="checkbox"/> PAL (ヨーロッパ)	<input type="checkbox"/> 4:3 <input type="checkbox"/> レターボックス(上下黒帯) <input type="checkbox"/> 16:9 <input type="checkbox"/> パンスキャン(サイドカット)	<input type="checkbox"/> 有(# 本) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(#) <input type="checkbox"/> 無
オーディオ仕様		メニュー仕様	
タイプ	ストリーム数(max8本)	選択メニュー	
<input type="checkbox"/> AC3 (Dolby Digital) <input type="checkbox"/> LPCM (無圧縮PCM) <input type="checkbox"/> dts (Digital Theater Systems) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ステレオ(本) <input type="checkbox"/> ドルビーサラウンド(本) <input type="checkbox"/> 5.1ch(本) <input type="checkbox"/> その他(本)	<input type="checkbox"/> 有 (静止画 枚) <input type="checkbox"/> 有 (動画 枚) <input type="checkbox"/> 有 (レイヤー 枚) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完全支給 <input type="checkbox"/> 弊社で修正 <input type="checkbox"/> 弊社で作成
その他			
スライドショー	オートスタート	ロゴ早送り	本編エンド処理
<input type="checkbox"/> 有 枚 <input type="checkbox"/> 無 秒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> 許可	<input type="checkbox"/> メニューに戻る <input type="checkbox"/> ループ <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> メインに戻る() <input type="checkbox"/> チャプタに戻る() <input type="checkbox"/> その他()
必須条項			
1.IN点は0時0分0秒0Fには出来ません。1時0分0秒0Fなど、0時から10秒以上経過した切りの良いポイントにしてください。		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
2.チャプタリスト(00時00分00秒00フレーム)をご提出ください。		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
3.片面2層ディスクの場合は1層と2層の切替ポイント(チャプタが理想的)をご指示ください。(オポジットは2層目より1層目を長くする)		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
4.編集終了済ストリームであること。(削除・分割・抽出が必要な場合: 箇所)		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
備考			