

# DVDオーサリング オーダーシート

株式会社 ケイテック

〒104-0042 東京都中央区入船3-10-9 新富町ビル7F

TEL.03-3206-8965

E-Mail	info@dvdpress.net
FAX	03-3206-8967

お分かり頂ける範囲内でチェック☑印(又は黒塗■)と必要事項をご記入ください。

作品	品番	※英数大文字・記号(-のみ)10文字迄 □ 弊社おまかせ			
	タイトル名				
マスター	メディア種類	<input type="checkbox"/> DVCAM	<input type="checkbox"/> ミニDV	<input type="checkbox"/> VHS	<input type="checkbox"/> DVD-R
		<input type="checkbox"/> ベーカム	<input type="checkbox"/> デジタルベーカム	<input type="checkbox"/> DVCPRO25	<input type="checkbox"/> 他:
	収録時間	分			
メニュー	メニュー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 静止画( 枚)	<input type="checkbox"/> 動画( 枚)	
	データ支給形式	<input type="checkbox"/> Adobe Photoshop (Ver. ) <input type="checkbox"/> 他:			
	データ支給形態	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> メール(4MB迄)／Web転送サービス	<input type="checkbox"/> 他:	
チャプター	チャプター	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 枚		
	タイムコード表	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> おまかせ(10分単位)	<input type="checkbox"/> 指定:	
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> IN-OUT点記載あり	<input type="checkbox"/> IN点のみ記載	
エンコード	ディスクタイプ	<input type="checkbox"/> DVD-5 1層	<input type="checkbox"/> DVD-9 2層(切替指定あり)	<input type="checkbox"/> DVD-9 2層(切替指定なし)	
	エンコード方法	<input type="checkbox"/> 1パス	<input type="checkbox"/> 2パス(61分以上から/解析テストを行います/有料)		
	音声タイプ	<input type="checkbox"/> リニアPCM	<input type="checkbox"/> ドルビーデジタルAC-3	<input type="checkbox"/> おまかせ	
* DVD-video規格最大ビットレートの保存時間(目安):DVD-5(片面1層)=約60分/DVD-9(片面2層)=約120分					
オーサリング	コピーガード(CSS)	<input type="checkbox"/> 設定する	<input type="checkbox"/> 設定しない	<input type="checkbox"/> 他:	
	リージョンコード	<input type="checkbox"/> ALL	<input type="checkbox"/> 2(日本)	<input type="checkbox"/> 他:	
	ディスク挿入時	<input type="checkbox"/> メニュー表示	<input type="checkbox"/> 本編再生	<input type="checkbox"/> ワーニング表示 ※画像をご用意ください	
		<input type="checkbox"/> 他:			
	ワーニング表示 ※画像をご用意ください	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり:リモコン操作無効	<input type="checkbox"/> あり:リモコン操作有効	<input type="checkbox"/> 他:
	チャプター選択終了時	<input type="checkbox"/> 次のチャプターへ	<input type="checkbox"/> メニューへ戻る	<input type="checkbox"/> 停止	
	<input type="checkbox"/> オートリピート再生	<input type="checkbox"/> 他:			
本編ALL再生終了時	<input type="checkbox"/> メニューへ戻る	<input type="checkbox"/> 停止	<input type="checkbox"/> オートリピート再生		
	<input type="checkbox"/> 他:				
<b>検証盤 送付先</b>					
住所	〒 -				
社名					
担当者名		TEL			
入稿資材返却	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 返却希望(宅急便 着払い)				
備考					

\* マスタテープの状態・画質・音質に問題が無いかご確認の上ご入稿ください。データ容量により圧縮を行うため画質・音質は低下いたします。

\* 検証盤作成後の変更修正は初回オーサリングと同料金です。内容にお間違い無い様、確認の上ご提出ください。

110401