

マイレコード・レコードプレス・オーダーシート

FAX送信先: 092-844-3905

会社名 (レーベル名)	
部署名 (アーティスト名)	
担当者名	
ご住所	〒 -
FAX番号	- -
メールアドレス	
アーティスト名	
タイトル名	

ご注文枚数		枚
カタログナンバー		※必須 (英数字12文字以内)
音源	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DAT	
レーベル印刷	<input type="checkbox"/> 一色 <input type="checkbox"/> 二色 <input type="checkbox"/> フルカラー <input type="checkbox"/> なし(ホワイトレーベル) 色番号(), ()	
データ	デザイン制作OS Mac・Windows イラストレータのバージョン	
ジャケット仕様	<input type="checkbox"/> 黒無地 <input type="checkbox"/> 白無地 <input type="checkbox"/> フルカラー <input type="checkbox"/> 1色カラー・色番号() <input type="checkbox"/> 2色カラー・色番号(), () <input type="checkbox"/> なし	
インナースリーブ	<input type="checkbox"/> ビニール <input type="checkbox"/> 紙	
シュリンク包装	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない	
ジャケットの中心穴	<input type="checkbox"/> 両面あり <input type="checkbox"/> 両面なし <input type="checkbox"/> 片面あり片面なし	
ステッカー	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない	

ご発注日		ご入稿予定日	
ご希望納品日			
商品納品場所			
備考			



My Record Products