

発 注 書		記入日	令和	年	月	日
お客様のお名前	(部署名)					
ご担当者名	Ⓜ					
ご住所	〒 都 道 区 府 県 市 郡 区 町					
電話番号						
F A X 番号						
E-Mail アドレス	@					
依頼予定日	令和 年 月 日 (当方に音声・資料等の受渡完了予定日)					
希望納品日	令和 年 月 日 時頃までに *ご希望の沿えない場合もございます					
納品形態	<input type="checkbox"/> CD-Rを郵送 <input type="checkbox"/> 添付ファイル <input type="checkbox"/> その他 ()					
ご依頼内容について	ご依頼内容のおおよその総時間数		時間	分程度		
	メディア媒体	テープ (通常・2倍速) CD DVD USB その他 ()				
	データ形式	音声 : mp3 ・ wave ・ その他 () 映像 : vob ・ mpeg ・ wmv ・ 他 () ※HDV方式での録画やマイクロカセットの場合は別途ご相談ください				
	ご利用のICレコーダ	SONY OLYMPUS SANYO その他 ()				
	形態	講演会 座談会 (人程度) 会議 (人程度) インタビュー 聴き取り調査 その他 ()				
	ジャンル	<input type="checkbox"/> 一般市民向けのもの (<input type="checkbox"/> 予備知識は不要 <input type="checkbox"/> 予備知識が必要) <input type="checkbox"/> 有識者向けのもの <input type="checkbox"/> 裁判資料等 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	おおよその内容					
起こし方について	1. 聴こえたとおりそのまま。(原音どおり) 2. 「ああ」「ええ」など不要語のみを削除、あとはそのまま。(Aタイプ) 3. 言い回し、だぶり言い間違い等を微修正、口語体を文語体に。(Bタイプ) 4. すっきりとした読みやすい文章に仕上げる。(整文) 5. インタビュー仕様 <語尾の統一についての指定> <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 「です・ます」調に <input type="checkbox"/> 「だ・である」調に ※「だ・である」調の場合は別途料金設定					
書式および表記全般						
アプリケーション	1. Ms-word 2. 一太郎 3. テキスト 4. その他 ()					
文字方向	<input type="checkbox"/> 縦書き <input type="checkbox"/> 横書き					
数字	<input type="checkbox"/> 半角 <input type="checkbox"/> 全角 (<input type="checkbox"/> 2桁以上半角) <input type="checkbox"/> 漢数字					
英字	<input type="checkbox"/> 半角 (<input type="checkbox"/> 略語などは全角) <input type="checkbox"/> 全角					
カタカナ	<input type="checkbox"/> 半角 <input type="checkbox"/> 全角					
記号	<input type="checkbox"/> 半角 <input type="checkbox"/> 全角					
句読点	<input type="checkbox"/> テン (,) マル (。) <input type="checkbox"/> コンマ (,) ピリオド (.) <input type="checkbox"/> コンマ (,) マル (。)					
対談等の場合の表記形式	<input type="checkbox"/> ○A氏：あああ… (行頭字下げなし) (ぶら下げ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)					
	<input type="checkbox"/> ○A氏： あああ… (ぶら下げ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)					
	<input type="checkbox"/> ○A氏 ああああ… (ぶら下げ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
その他ご要望などをご記入ください	関連資料等の 有 ・ 無 <連絡方法> メールにて FAXにて 電話にて					

F A X 番 号 0 5 6 2 - 8 4 - 5 3 8 5