

BDオーサリング指示書

会社名				ご担当者様			
コンテンツタイトル/品番	/			収録分数			
メニュー画面数				チャプター数			
ポップアップメニュー	あり		なし	テープの種類・本数			
メニュー画面BGM挿入	あり		なし	マスター到着日			
画面サイズ	1440 × 1080pixel	/	1920 × 1080pixel	/	他()	

タイムコード指示欄 チャプター終了後メニューにもどる場合下記○を記入ください↓

	テープNO	チャプタータイトル	開始点(タイムコード)				～	終了点(タイムコード)				
			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
カラーバー			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター1			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター2			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター3			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター4			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター5			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター6			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター7			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター8			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター9			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
チャプター10			H	M	S	F	～	H	M	S	F	
			H	M	S	F	～	H	M	S	F	

テープが複数にわたる場合はテープNOを必ずご記入ください。チャプター数が10を越える場合は本指示書をコピーしてご使用ください。
 テープ頭と最後には1分ほど黒味をいれてください(入っていない場合DVDの仕上がりに支障をきたす場合がございます)
 メニュー画面表示タイミングをご指示ください

ディスク挿入後 ログ、ワーニング再生後 本編終了後 その他(下記にご記入ください)

本書類(オーサリング指示書)をいただいてからオーサリング作業を開始いたします。ご提出の遅れは納期遅れにつながりますのでご注意ください。
 不明点は事前に各担当者へお問い合わせください。別紙オーサリングご入稿注意事項もあわせてご覧ください。
 検証ディスクをご確認いただいてからのお返事はプレス開始のご指示は下記ご署名のうえ本書類をFAXにてご連絡お願い致します。

検証ディスクを確認いたしました。内容に問題ありませんので マスターの作成及びBD-Rコピーの開始をお願い致します。	年 月 日 ご署名
--------------------------------------------------------------	--------------

㈱オリジン メディアサービスストラップ TEL06-6765-4468 FAX06-6765-4480 弊社記入欄 担当	検証ディスク発送日
--------------------------------------------------------------------------	-----------