

オーサリング指示書1

会社名			ご担当者様
コンテンツタイトル/品番			ヴォリュームネーム (PC内フォルダ名英数字10文字)
画面のサイズ			収録分数
4:03 16:9(スクイーズ済み)			
メニュー画面数	チャプター数	映像方式	ご支給素材(お選びください。)
		ONTSC	○ミニDV
		OPAL	○DVカム
コピーガード設定(CSS)			○デジタルベータカム
デジタルコピーガード あり なし			○DVCプロ
コピーガード設定(APS)			○HDV
マクロビジョン あり(登録申請済み) なし			○HDCAM
リージョンコード設定			○HDD(非圧縮AVIファイル)
ALL(全世界向け) 2(日本国内向け)			○その他(下記にご記入ください。)
メニュー画面BGM挿入			
あり なし			
動画メニュー			メニュー画面が表示されるタイミング
あり なし			○ディスク挿入後
音声			○オープニングムービー後
AC-3 リニアPCM			○本編終了後
字幕入れ			○その他(下記にご記入ください)
あり(SSTファイル支給) なし			
副音声			
あり なし			

必ずお読みください。

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。

検証ディスク発送時にこちらの指示書のコピーを一緒にお送りいたしますのでお客様自身で内容の確認をお願いいたします。

検証ディスクをご確認いただいた後のお返事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。

ご支給テープの不備により、修正 テープ差し替えとなった場合 再オーサリング費を別途請求させていただきますことになってしまったり、

納期にも影響がでますので ご支給テープ内容の確認は十分におこなっていただきますようよろしくお願いいたします。(とくにノイズなど)

ご署名欄

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DVDプレス、コピーの開始をお願い致します。

年 月 日 ご署名

お送り先

(株)オリジン メディアサービストラップ

大阪市天王寺区小橋町2-1

TEL06-6765-4467 FAX06-6765-4480

担当

検証ディスク発送日

オーサリング指示書2(タイムコード指示)

NO. 2

御社名

ご担当者様

タイトル

ヴォリュームネーム

タイムコード指示欄

本編はタイムコード01Hから開始

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)	
例	テープ複数の場合記入		時間：分：秒：フレーム	～	時間：分：秒：フレーム	○
		本編開始前に30秒ほど黒味をいれてくだ	必ずフレーム数まで記載ください。			
黒味			：：：	～	：：：	
カラーバー			：：：	～	：：：	
チャプター1			：：：	～	：：：	
チャプター2			：～	：～	：～	
チャプター3			：～	：～	：～	
チャプター4			：～	：～	：～	
チャプター5			：～	：～	：～	
チャプター6			：～	：～	：～	
チャプター7			：～	：～	：～	
チャプター8			：～	：～	：～	
チャプター9			：～	：～	：～	
チャプター10			：～	：～	：～	
チャプター11			：～	：～	：～	

必ずお読みください。

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を超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30秒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)

タイムコードは必ずフレーム数までご記入お願いいたします。

本編開始はテープのタイムコード01:00:00:00より開始してください。

チャプター数が11を超える場合はコピーして使用していただくか、別紙にてご記入ください。

オーサリング構成図

メニュー画面