

見積依頼FAXシート

1/2

WIPジャパン
「医療翻訳.com」ディビジョン宛

フリーFAX: 0120-09-04-05

お名前(必須)			
ふりがな			
会社名(必須)	(個人でのお問い合わせは「個人」とお書きください)		
部署名		ご役職	
E-mail(必須)			
郵便番号	-		
都道府県(必須)			
ご住所(必須)			
電話番号(必須)	+	(国番号:省略可)	- - -
ファックス番号	+	(国番号:省略可)	- - -

翻訳言語(必須)	原文の言語			
	翻訳後の言語			
分野と内容	分野			
	内容			
ボリューム(必須)	例: XXX字、A4でXXXページ、XXX字/月、など			
優先度 (1のみ必須)	1. 優先度:高	訳文仕上り	価格	スピード
	2. 優先度:中	訳文仕上り	価格	スピード
	3. 優先度:低	訳文仕上り	価格	スピード
	4. 上記全てバランスよく			
訳文・使用目的				
訳文・使用地域	米国英語地域	英国英語地域	日本	特に限定しない
	その他特定の地域 ()			
想定読者	社外	社内	社内外	
技術者または 一般大衆を選択	技術者	一般大衆	エンドユーザー	
その他	例: 特定分野の研究者、など			
訳出手法	正確さを重視した原文に忠実な翻訳		読みやすさを重視した翻訳	
	その他 ()			
レイアウト(必須)	不要	必要		
図表等の処理	不要	必要: 作図・作表も含む	必要: 照合ナンバリングにて処理	

見積依頼 F A X シート

2 / 2

用語集の有無	有 無
参考資料の有無	有(過去の翻訳例など) 無
納品時のご希望ファイル形式(必須)	特になし MS Word MS Excel MS PowerPoint FrameMaker InDesign PageMaker QuarkXPress Illustrator Illustrator(アウトライン) その他 ()
納品形態	特になし E-mailによる送信 フロッピーディスク MOディスク CD-ROM ハードコピー 印刷物
ご希望の納期	ご注文から () 営業日後 通常納期を確認してから検討する 相談したい

お見積に関して(必須)	正確な金額を知りたい まず概算を知りたい
ご予定をお聞かせください	至急発注先を探している なるべく早めに発注先を決める必要がある 時期を決めて検討している 予算取りの段階である いまはまだ情報収集の段階である
お見積りに際しての面談・打ち合わせを	特に必要ない 相談したい 希望する

あなたの会社の通常の支払い条件	()日締め翌月()日払い
-----------------	----------------

(ご希望に添えない場合があります)

その他のご希望	例:「現地のマニュアルとして使用する」など
---------	-----------------------

翻訳原稿につきましては、メールにてご送信いただくか、後ほど郵送またはファックスにてご送付ください。

フリーダイヤル: 0120-06-04-02 (または東京(03)3230-8200)
 フリーFAX: 0120-09-04-05 (または東京(03)3230-8050)
 メールアドレス: info>manual-honyaku.com
 送付先: 〒102-0093 東京都千代田区平河町1-6-8 平河町貝坂ビル
 WIPジャパン株式会社