

特殊音響技術研究所 診断依頼書

【ご依頼主さま】

名前 :
ふりがな :
法人名 :
支払名義人 : (支払人名義が違う場合に記入)
住所 :

※ プライバシーに関わるデータを扱うため、連絡がつかず大変困ることがあります。以下、必ず連絡がつく2種類以上の連絡先をご記入ください。連絡可能な時間や曜日などもご指示ください。

電話番号 :
Eメール :
LINE ID @ :
その他 :

【診断料についての確認】

音声修復の可否の診断・見積書と短い処理サンプルを製作する診断分析作業に、診断料がかかります。同意していただける場合は□にチェックを入れ、ご署名をお願いします。

1. 音声修復の可否に関わらず診断料金をお支払いいただくことに同意していただけますか？チェックを入れてください。

☐ 再生時間2時間ごとに診断料金3,000円を支払うことに同意します。

2. 通話録音、もしくは人の声の録音で非常に難しいものの場合、上記の診断料金が高難度音声診断料金に変更になる場合があります。音声修復の可否に関わらず高難度音声診断料金をお支払いいただくことに同意していただけますか？チェックを入れてください。※ チェックがなければ、非常に難しいものは診断分析を行いません。

☐ 通話録音、もしくは人の声の録音データであり、指定範囲の中に処理が非常に難しいほとんど聞き取れない音声が含まれると判断された場合は、再生時間2時間ごとに高難度音声診断料金20,000円を支払うことに同意します。

署名_____

特殊音響技術研究所 〒654-0052 兵庫県神戸市須磨区行幸町 3-7-43-108
078-747-0988 support@sound-doctor.com (LINE)@143pnqmx

特殊音響技術研究所 診断依頼書

【データ書き出し形式】 ご指示があればお書きください。

【データをご返送する方法】 返送方法にご指示があればお書きください。

- ☐ インターネット経由で受け取る
- ☐ メディア（USB メモリ・CDR・同封の記録装置・その他[])
- ☐ 郵便局留め（郵便局名[])

【ご希望の納品日】 診断分析作業には2日かかります。お急ぎの場合はご相談ください。

【ご依頼の概要】 収録環境、用途、目的、問題点などをできるだけ詳しくお書き下さい。

【作業指示内容】 ファイル毎にご指示ください。

- ☐ フォルダ名
- ☐ ファイル名
- ☐ 作業範囲（00:00:00～00:00:00）
- ☐ 取り出したい音声の特徴、除去したい音の特徴