

入稿データ確認書

記入日 月 日

■ 広告主名

| | | | |
|--|------|------|---|
| | 広告会社 | ご担当者 | 様 |
| | TEL | FAX | |

■ 広告内容

| | | | |
|--|------|------|---|
| | 制作会社 | ご担当者 | 様 |
| | TEL | FAX | |

掲載サイズ

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ページ (タテ257mm × ヨコ182mm) | <input type="checkbox"/> 1/4ページ (タテ118mm × ヨコ77mm) |
| <input type="checkbox"/> 1/2ページ (タテ118mm × ヨコ158mm) | <input type="checkbox"/> 1/8ページ (タテ58mm × ヨコ77mm) |
| <input type="checkbox"/> 1/3ページ (タテ77mm × ヨコ158mm) | |

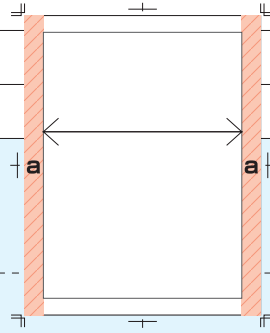
※にチェック を入れてください。

■ 制作データについて

| | |
|---------|--|
| 出力ファイル名 | Mac OSのバージョン |
| 入稿メディア | <input type="checkbox"/> 3.5inchMO (128・230・640) <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> DVD-ROM |
| 使用ソフト | <input type="checkbox"/> Illustrator <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> CS2 <input type="checkbox"/> CS3 <input type="checkbox"/> Photoshop <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> CS2 <input type="checkbox"/> CS3 |

■ 入稿前にチェックをお願いします。(全チェック必須項目です)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 正しい原稿サイズである(上記掲載サイズでご確認下さい) |
| <input type="checkbox"/> | フォントはすべてアウトライン化している(アウトライン化後にフォント情報がないことを確認) |
| <input type="checkbox"/> | カラーモードはCMYK。特色は使用していない |
| <input type="checkbox"/> | 画像データは、CMYK(1cの場合はグレースケール)、解像度は300dpi以上になっている |
| <input type="checkbox"/> | 画像はリンクされている。「(配置画像を含む)」にチェック |
| <input type="checkbox"/> | 配置画像の倍率は150%以下になっている |
| <input type="checkbox"/> | Illustrator、PhotoshopともにEPS形式で保存 |
| <input type="checkbox"/> | ※以下、1ページ広告のみ 左右7～10mmの範囲内に、文字や絵柄を入れない(右図a) 製本の際に断裁されたり、厚みで隠れてしまう可能性があります。背景やベース地などはOKです。 |
| <input type="checkbox"/> | トンボ(ドブ)までデータが伸ばされている |



※校了データ(最終データ)の原寸出力紙(1部)を必ず添付してください。

■ 備考記入欄

■ ご入稿日

8月22日(月)まで

■ ご入稿窓口

〒980-8585 仙台市青葉区大町1-1-30
 (株)仙台リビング新聞社/営業統括部
 TEL.022-265-2511 FAX.022-265-1610

医療機関ガイドの広告データ入稿日は、8月1日(月)です。