

処理区分\*  保税運送申告番号等\*  申告先税関官署  申告年月日  /  /   
 申告者  発送場所  運送期間  /  /  から  /  /  まで  
 運送具  運送先  搬入済  承認年月日  /  /  A W B 件数   
 総個数  総重量  包括保税運送承認番号   
 運送種別  A E O 識別  延長期間終了予定年月日  /  /   
 記事

| 1 / 2 |

AWB番号	個数	品名	重量	到着便名	S P C	C I F 事故
01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>