

ファイル(F) 表示(V)

共通部 繰返部

申請番号	<input type="text"/>	申請種別	<input type="checkbox"/>	控出力要求	<input type="checkbox"/>
共通番号	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>				
申請者氏名	<input type="text"/>				
申請者住所	<input type="text"/>				
保管場所*	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	検査希望年月日	<input type="text"/>		
仕出国(地域)*	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	B/L番号	<input type="text"/>		
搭載船(機)名*	<input type="text"/>				
搭載地	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	取卸港*	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
搭載年月日	<input type="text"/>	到着年月日	<input type="text"/>		
積替地	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
商標	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
Aコンテナ・封印	<input type="checkbox"/>	入庫状況確認	<input type="checkbox"/>		
H/C原本保有	<input type="checkbox"/>	入庫情報受入	<input type="checkbox"/>		
回送予定の有無	<input type="checkbox"/>				
回送先の保管場所	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>				
分割後申請	<input type="checkbox"/>	原申請番号	<input type="text"/>		
共通部備考	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
荷受人コード	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
荷受人住所	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
荷送人氏名	<input type="text"/>				
荷送人住所	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

ファイル(F) 表示(V)

共通部 繰返部

1 /10

種類*	<input type="text"/>	
用途	<input type="text"/>	初回/サンプル輸入品 <input type="checkbox"/>
数量*	<input type="text"/>	梱包数* <input type="text"/>
仕向地名	<input type="text"/>	
検査証明書番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
指定処理施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
州・地域情報	<input type="text"/>	<input type="text"/>
欄部備考	<input type="text"/>	<input type="text"/>

種類*	<input type="text"/>	
用途	<input type="text"/>	初回/サンプル輸入品 <input type="checkbox"/>
数量*	<input type="text"/>	梱包数* <input type="text"/>
仕向地名	<input type="text"/>	
検査証明書番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
指定処理施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
州・地域情報	<input type="text"/>	<input type="text"/>
欄部備考	<input type="text"/>	<input type="text"/>