

ファイル(F) 表示(V)

船舶* 航海番号* 船会社* 船卸港*
 入港（予定）日時* - :
 船卸期間開始日時* - : 船卸期間終了日時* - :
 通知先 1 2

1 / 2

処理識別 B/L番号		処理識別 B/L番号			
001	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	002	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
003	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	004	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
005	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	006	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
007	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	008	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
009	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	010	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
011	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	012	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
013	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	014	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
015	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	016	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
017	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	018	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
019	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	020	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
021	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	022	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
023	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	024	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
025	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	026	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
027	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	028	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
029	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	030	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
031	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	032	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
033	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	034	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
035	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	036	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
037	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	038	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
039	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	040	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
041	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	042	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
043	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	044	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
045	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	046	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
047	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	048	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
049	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	050	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>