

OLT01 保税運送申告(一般)

ファイル(F) 表示(V)

申告先税関官署  包括保税運送承認番号

運送種別  AEO識別  発送場所\*  運送具\*

運送先\*  -

記事

AWB番号	個数	品名	重量	到着便名		CIF	
				S	SPC	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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
10 <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="text"/>
11 <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="text"/>
12 <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="text"/>