

ファイル(F) 表示(V)

搬出年月日* / / 取消表示 集荷業者 他所蔵置場所

	AWB番号 差日数	搬出事由	代理店 許可承認番号	時間外	搬出時刻 個数	支払 重量	アディショナルチャージ 品名
1	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>