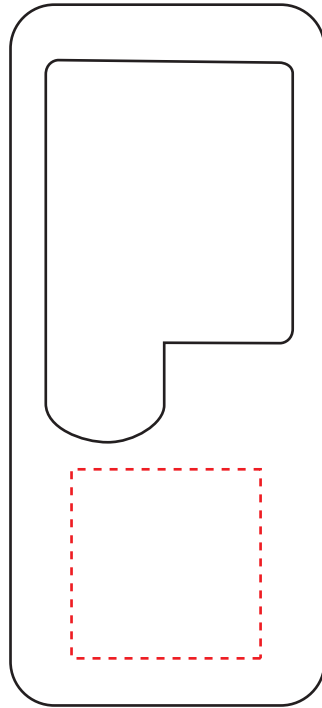


■ 名入れ指示書 ■

株式会社イマジン行	商品名 収納ポーチ付 2WAYライトルーペ フルカラー名入れ代込み	日付（ご記入ください）		
	FAX送信先 03-3206-0063	年	月	日



名入れサイズ: 本体に天地25 × 左右25mm以内

※上記イラストの著作権は(株)イマジンに帰属し、無断で複写・複製使用することは固く禁じます。

数 量	印 刷 色	納 期（希望）	会 社 名	〒
個	(DIC)		TEL ()	— ご担当者名 様