

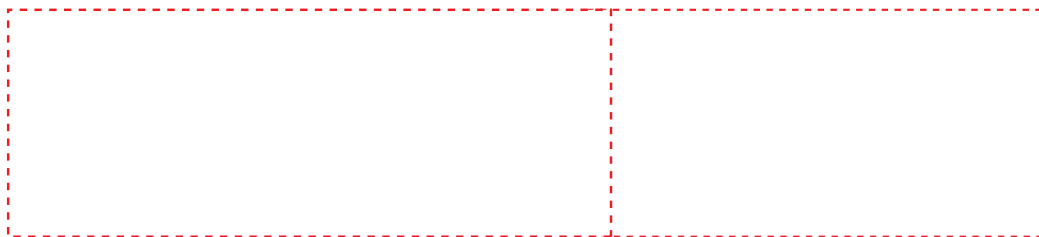
■名入れ指示書■

商品番号	商品名 / 抗菌マスクポーチ (日本製) 箔押し名入れ代込み	ご発注日
0307	株式会社イマジン FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日



センター

右下



名入れサイズ: センターに天地30×左右60mm以内  
または右下に天地30×左右60mm以内

センターまたは右下いずれかに箔押し

箔色: マット(ブラック、ホワイト)

メタル(ゴールド、シルバー、ブルー、グリーン、レッド)

※印刷する商品の素材によっては、細かいデザインは印刷がかすれたり潰れる可能性があります。  
※本体色に影響されて印刷色の仕上がりがご指定のチップの色と多少変わる場合がございます。

数量	印刷色	納期(希望)	会社名
個	(DIC)		ご担当者名 様