

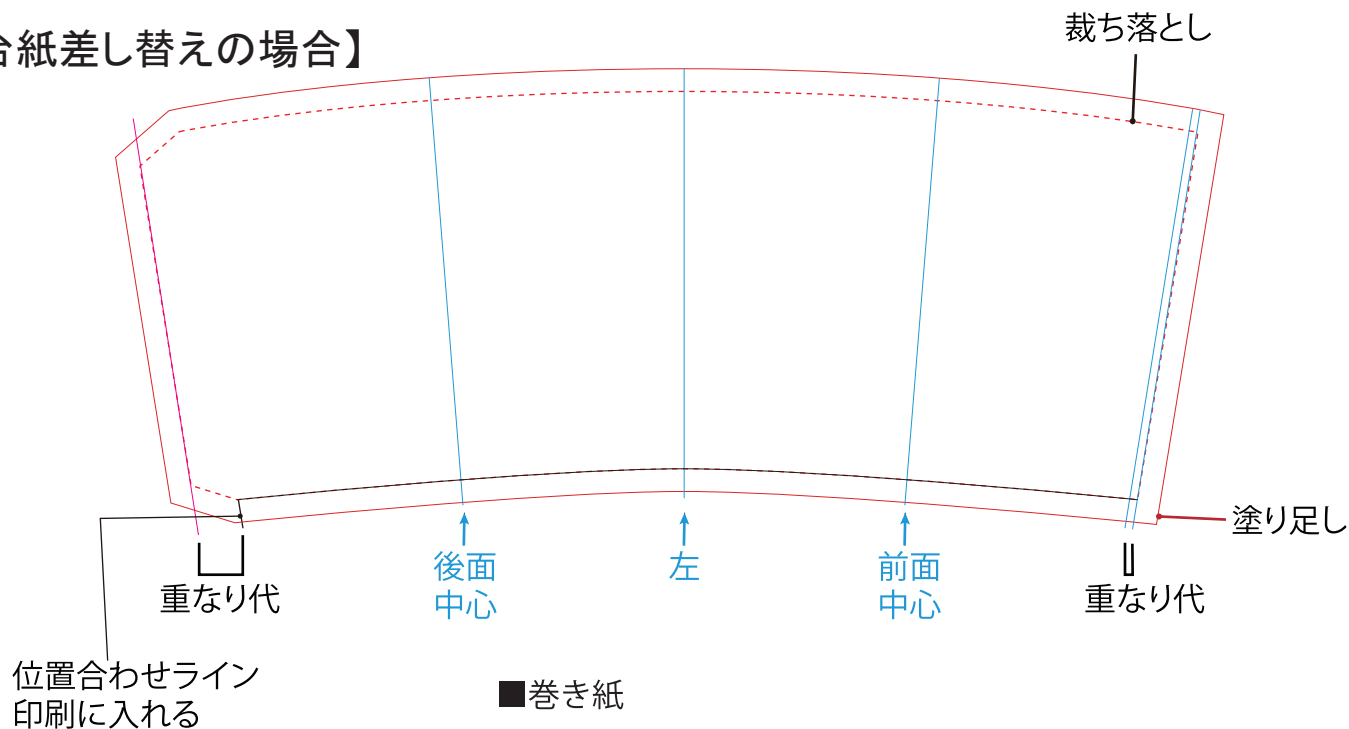
■ 名入れ指示書 ■

商品番号	商品名 / トライ・ミニカプセル	ご発注日
1-06008	株式会社イマジン FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日

【1色の場合】



【台紙差し替えの場合】



数量	印刷色	納期(希望)	会社名
個	(DIC)		
			ご担当者名 様