■名入れ指示書■

商品番号	商品名／　抗菌マスクポケットEX（日本製）フルカラー名入れ代込み	ご発注日
1352	株式会社イマジン　FAX送信先 03-3206-0063	年　　月　　日

裏面

表面

名入れサイズ：天地200×左右205mm以内

※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ございます。
※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