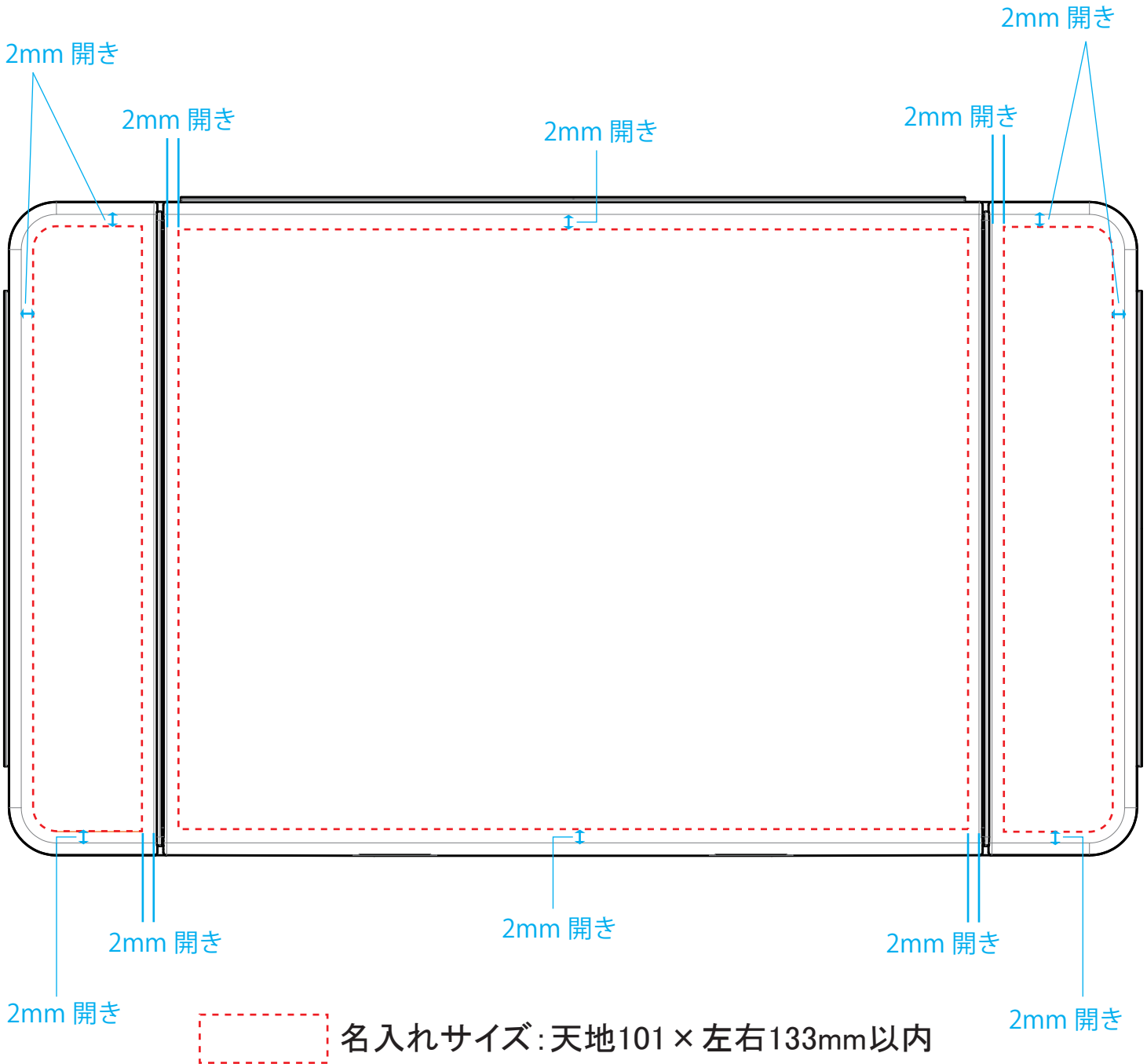


■名入れ指示書■

株式会社イマジン行	商品名 抗菌マスクケース(マスクなし)全面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



※デザインによって、印刷範囲を調整させていただく場合がございます。

※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場合がございます。
 ※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)		TEL ()	-	ご担当者名	様	