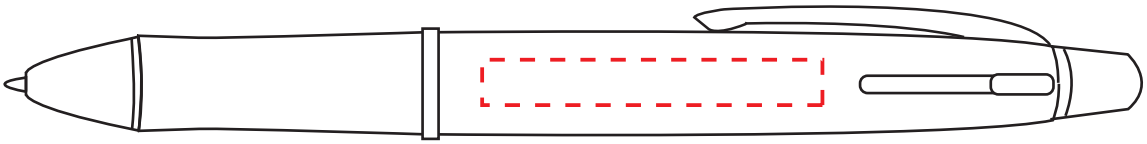
■ご注文書（お名入れ指示書）■

株式会社イマジン行	商品名　パイロットドクターグリップ４＋１	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：天地6×左右45mm以内

数　量	印　刷　色	納 期（希望）	会社名	〒
個	(DIC)		TEL（　　）　　-	ご担当者名　　様