

■ 名入れ指示書 ■

株式会社イマジン行	商品名 ペン型スプレーボトル 10ml	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40mm以内

名入れイメージ



注) 除菌液は入っておりません

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