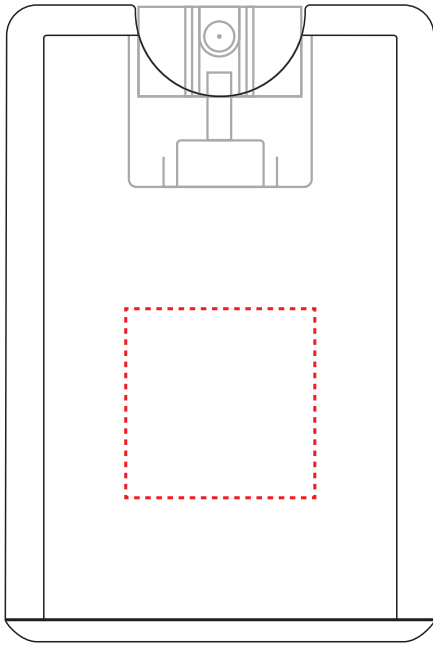


■名入れ指示書■

商品番号	商品名 / カード型 除菌スプレー 16ml (補充タイプ)	ご発注日
HB074	株式会社イマジン FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日

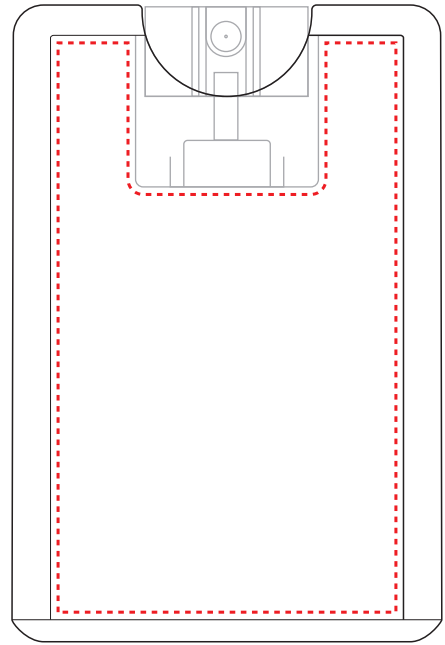
名入れ1色

ケース表面



フルカラー

ケース表面



名入れサイズ: 天地25 × 左右25mm以内

名入れサイズ: 天地75 × 左右44mm以内

「除菌スプレー」などの表示は問題ございませんが、
手指に使用できる表示はできません。



※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あります。
※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