

■ご注文書（お名入れ指示書）■

株式会社イマジン行	商品名 ハーブの入浴剤1P	日付（ご記入ください）
	FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日



 名入れ:天地20×左右50mm以内
シール印刷(黒のみ)

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