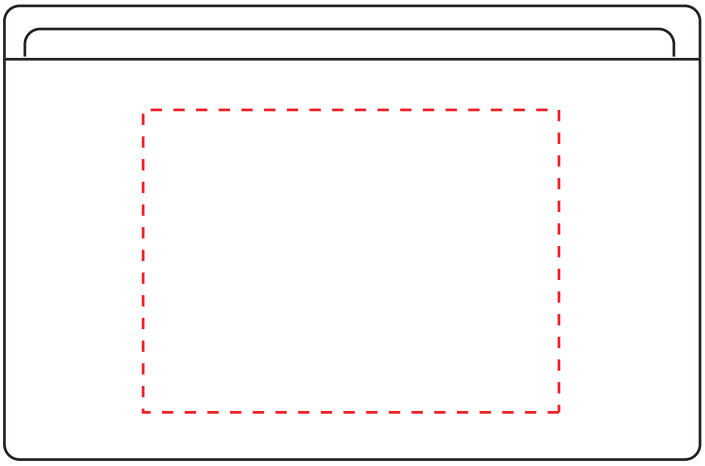
■ご注文書（お名入れ指示書）■

株式会社イマジン行	商品名　カードルーペB FAX送信先　03-3206-0063	日付（ご記入ください） 年　月　日



名入れサイズ：天地40×左右55mm以内

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