

■ご注文書（お名入れ指示書）■

株式会社イマジン行	カラビナ付ポーチ入涼感タオル	日付（ご記入ください）
	FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日



60%縮小



原寸

 名入れサイズ：天地50mm×左右100mm以内

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