

■ 名入れ指示書 ■

|        |                              |       |
|--------|------------------------------|-------|
| 商品番号   | 商品名 / メディカル 三層不織布マスク         | ご発注日  |
| KA-2-C | 株式会社イマジン FAX送信先 03-3206-0063 | 年 月 日 |



名入れサイズ: 上または下に天地12×左右50mm以内



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