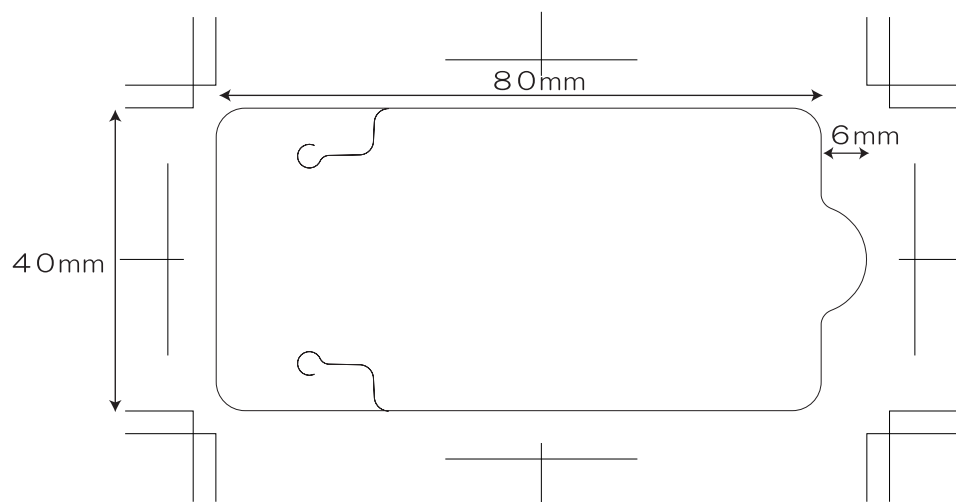


■ 名入れ指示書 ■

商品番号	商品名 / 除菌ノンアルコールウェット 10 枚入	ご発注日
MUT-14	株式会社イマジン FAX送信先 03-3206-0063	年 月 日



数 量	印 刷 色	納 期 (希 望)	会 社 名	
個	(DIC)			
				ご担当者名 様