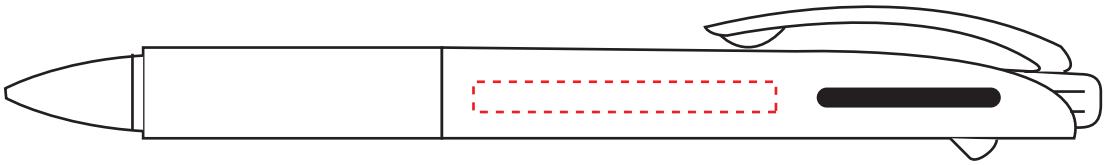
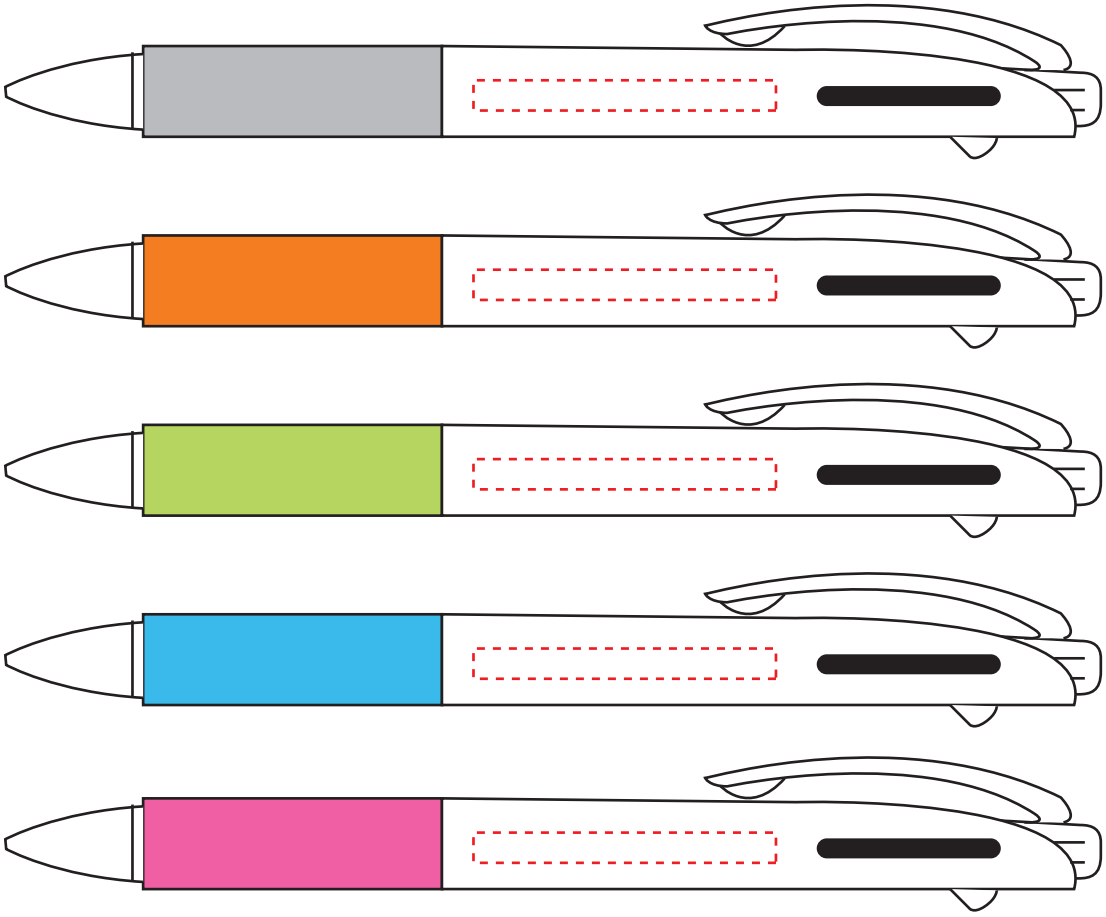
■ご注文書（お名入れ指示書）■

株式会社イマジン行	ジェットストリーム抗菌3色ボールペン 0.7mm 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4mm×左右40mm以内



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