

(成果非公開・本人分析) 核磁気共鳴分析申込書 (学外用)

受付 No.

貴社名		ご依頼日	年 月 日
ご所属		希望日	年 月 日
お名前			
ご住所			
電話番号		E-Mail	

※太線枠内の項目は必ず記入してください。

<核磁気共鳴分析 依頼伝票>

下記の試料の分析を大阪市立大学人工光合成研究センターへ委託し、必要な経費は支払責任者が負担します。

受付 No.	
利用者氏名	
支払責任者所属	
支払責任者氏名	⑩
試料名	

核磁気共鳴分析	(hr)	(¥)	NOTE
依頼	/	/	/
本人			
技術指導			
合計			
メモ			

測定日時等	受付日	測定担当	受付担当
月 日			
		⑩	⑩

大阪市立大学 人工光合成研究センター NMR室

問い合わせ：TEL 06-6605-3721、E-Mail：toiawase(at)recap.osaka-cu.ac.jp (at)は@に変換