

(成果公開・依頼分析) 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							
お名前							
ご住所							
電話番号			E-Mail				

※依頼書詳細②とともに提出してください。

<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