2016 年 10 月版

（本人分析）核磁気共鳴分析申込書（学内用）

受付 No.

氏　　名		ご 依 頼 日	年　　月　　日
所　　属	学部・研究科　　研究室（指導教員　　）		身分（学年等）;
連 絡 先	内線：　　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	㊞
試料名	
支払い財源	○　運営交付金 ○　外部資金 プロジェクトコードを記入してください （　　）

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			
		㊞	㊞

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