

質量分析依頼書（学内用）

氏名		依頼日	年 月 日	受付 No.	
所属	学部・研究科		研究室（指導教員）		
連絡先	内線：	E-Mail：			

希望測定項目について、記入してください。

分析項目	<input type="checkbox"/> 標準測定	依頼書詳細①を添付してください	
	<input type="checkbox"/> 特殊測定	<input type="checkbox"/> MS/MS	依頼書詳細①を添付してください
		<input type="checkbox"/> LC/MS	依頼書詳細②を添付してください
		<input type="checkbox"/> タンパク質同定	依頼書詳細③を添付してください
		<input type="checkbox"/> イメージング MS	依頼書詳細④を添付してください
		<input type="checkbox"/> その他	依頼書詳細①を添付してください

※太線枠内の項目は必ず記入してください。

<質量分析 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	<input type="radio"/> 運営交付金 <input type="radio"/> 外部資金 プロジェクトコードを記入してください ()

質量分析	(hr)	(¥)	NOTE
測定時間			
積算時間 (イメージング MS 用)			
技術指導			
合計			
メモ			

測定日時	受付日	測定担当	受付担当
月 日			
: ~ :		Ⓜ	Ⓜ

人工光合成研究センター FT-ICRMS 室

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