**（成果公開）質量分析依頼書（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 |  |

希望測定項目について、記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分析項目 | 　 標準測定 | 依頼書詳細①を添付してください |
| 　 特殊測定 | 　 MS/MS | 依頼書詳細①を添付してください |
| 　 LC/MS | 依頼書詳細②を添付してください |
| 　 タンパク質同定 | 依頼書詳細③を添付してください |
| 　 イメージングMS | 依頼書詳細④を添付してください |
| 　 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. |  |  | 質量分析 | （hr） | （￥） | NOTE |
| 利用者氏名 |  | 測定時間 |  |  |  |
| 支払責任者所属 |  | 積算時間（イメージングMS用） |  |  |  |
| 支払責任者氏名 | ㊞ | 技術指導 |  |  |  |
| 試料名 |  | 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