

(ご記入箇所)

令和\*\*年\*\*月\*\*日

大阪大学蛋白質研究所長 殿

住所  
所属  
氏名 印  
申し込まれる先生のお名前をご記入下さい  
試験等委託申込書 E-mail アドレスもお願いします。

このことについて、下記の内容により委託したいのでお願いします。

記

委託内容	試験等記号番号	4	品 名	プロテインシーケンサーによる分析
	件 数 ・ 時 間	サンプル名 (分析残基数) (例) A (5 残基) B (5 残基)	種 類	
	容 積		線 量	
	完 成 希 望 期 日		備 考	学内の方は、支出財源をご記入ください。

所 長		事 務 長	会 計 係 長	受	番 号		
					付	月 日	
担 当 教 授				承認月日			
料 金 算 定			納 入 月 日	印	終了月日	印	
			実 施 月 日	印	引 渡 月 日	印	

《支払責任者》住所  
所属  
氏名 E-mail アドレスもお願いします。 印

〔請求書送付先〕 ※上記宛先と相違の場合、下記に住所・所属・氏名を記入ください。

E-mail アドレスもお願いします。