

(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 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 付	番 号	号
				月 日	
担 当 教 授				承認月日	
料 金 算 定			納 入 月 日	印	終 了 月 日
			実 施 月 日	印	引 渡 月 日

《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。