|  |
| --- |
| 依頼者氏名： 　　　　　　 　　　　　　　　　　　印　　　　　　役職：  E-mail: 　 内線番号：  所属： |
| 支払責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　役職：  E-mail: 内線番号：  所属： |
| 機器使用期間\*    サンプル数 |
| バックアップデータの保存：　　□保存（保存期間　　　　　　　）  □削除 |
| 予算情報：（可能な限り寄附金からの支払いをお願いいたします。〕  □学部学生・大学院生経費　　　　□教員研究経費  □寄附金　　プロジェクト名称：  プロジェクト番号：  □その他の研究費\*　　研究費名：  　　　　\*科研費を除く |
| 備考（サンプルの内容について可能な限りご記入ください。機器洗浄の参考にいたします。） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日

**医学研究科共通機器センター　質量分析受託解析依頼書(QTRAP6500+)**

\*1 プロジェクトで使用できる期間は最長で一ヶ月間となります。それ以上の使用は新たなプロジェクトとして依頼書をご提出ください。