（太枠内にご記入ください）

様式 B03

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **機器分析評価センター分析依頼申込書（学外用）** | | | | | | | | |
| 依頼先  ✓ | 横浜国立大学機器分析評価センター長 | | | | 依頼日： 年 月 日 | | | |
| 同意欄 | □　裏面の分析依頼約款に同意し，以下の分析を申し込みます | | | | | | | |
| 依頼元 | 会社名・機関名：  部署名：  所在地：〒  責任者役職：  責任者氏名： | | | | 依頼者役職：  依頼者氏名：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  e-mail：    ※ 責任者と依頼者が一致する場合は、依頼者役職・氏名を空欄にしてください | | | |
| 件名 |  | | | | | | | |
| 依頼  内容 | （使用する分析機器のご希望、分析を希望する項目、データ処理の方法等をご記入ください） | | | | | | | |
| 試料  内容 | （使用条件、保管条件、処理条件、返却の有無等をご記入ください） | | | | | | | |
| 特記  事項 | （試料の安全衛生上及び法律上の注意がございましたらご記入ください） | | | | | | | |
| 受付日 |  | | | 依頼番号 | |  | | |
| 機器分析評価センターセンター長 | | 機器分析評価センター専任教員 | 産学官連携  ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ | 担当者 | | | | |
|  | |  |  |  | | |  |  |

**紙面でのご提出の場合、指定欄以外の記入をせずに両面印刷で出力してください。**

機器分析評価センター分析依頼申込書送付先：

横浜国立大学　機器分析評価センター　事務室宛

〒240-8501　神奈川県横浜市保土ケ谷区常盤台79-5

TEL: 045-339-4406 FAX: 045-339-4406

