|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 愛媛大学学術支援センタータンパク質合成・精製受託試験依頼書  　　　　 　　令和　　年　　月　　日  学術支援センター長　殿  依頼者  所　　属  氏　　名  内線番号  E-mail  愛媛大学学術支援センター施設利用規程の内容を熟知の上，次のとおりタンパク質合成・精製受託試験を依頼します。（欄が足りない場合は別紙として下さい。） | | | |
| 標的タンパク質名 | | 合成・精製方法 | 備　考  （感染性，毒性の有無等） |
|  | | □膜タンパク質  □可溶化・HIS精製　□可溶化・GST精製  □可溶化・CP5精製　□可溶化・その他 |  |
|  | | □膜タンパク質  □可溶化・HIS精製　□可溶化・GST精製  □可溶化・CP5精製　□可溶化・その他 |  |
|  | | □膜タンパク質  □可溶化・HIS精製　□可溶化・GST精製  □可溶化・CP5精製　□可溶化・その他 |  |
| 受託試験料金合計　　　（　①　＋　②　） | | 円 | |
| 料　金　内　訳 | ①別表料金表による受託試験の料金内訳 | 【受託試験種別：単価×数量（件数）＝ 円】 | |
| ②相談等により設定した（発現プラスミド構築、スケールアップ等）料金内訳 | 【積算等】 | |
| 受託試験実施担当者 | |  | |

様式２（学内用）

受付番号　　　　　号

※太線枠内を記入してください。愛媛大学学術支援センター施設利用規程及び申請書の内容を受け入れられない場合，受託試験は行いません。