

受付番号 号

長崎大学先端物質科学研究ユニット測定依頼書

令和 年 月 日

長崎大学先端物質科学研究ユニット長 殿

住所又は所在地 〒 -

フリガナ  
氏名又は名称

印

【連絡先】

担当者 所属

氏名

電話番号

FAX 番号

電子メール

請求書送付先 〒 -

長崎大学先端物質科学研究ユニット所有機器の依頼測定に関する利用規定の内容を熟知の上、次のとおり試験等を依頼します。

利用したい機器の名称			
試料等の名称 及び数量	名	称	数量
依頼事項 (試料等に関する情報をできる限り簡潔に記載ください。)			
相談希望日	令和 年 月 日	測定実施希望日	令和 年 月 日

※太線枠内を記入してください。機器管理者記入欄(依頼者は下記に記入しないでください。)

試験等料金	円		
料金内訳	【使用機器(測定種別):数量(件数)×単価= 円】		
測定実施日	年 月 日	機器管理者	