

D/L アミノ酸分析依頼書

ご記入日 年 月 日

株式会社 資生堂
 フロンティアサイエンス事業部
 事業企画グループ 行

株式会社 資生堂 フロンティアサイエンス事業部
 〒105-8310
 東京都港区東新橋 1 丁目 6 番 2 号
 TEL: 03-6253-1411/FAX: 03-6253-1415
 E-mail: daa@to.shiseido.co.jp

ご依頼者	ご氏名			
	ご所属			
	ご住所	〒 (-)		
	TEL/FAX	() - (内線) - / () -		
	E-mail アドレス	@		
サンプル	件名 (目的)			
	試料数	試料返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	容器返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	添付資料 <input type="checkbox"/> 有 (返却 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 無
	検体			
	試料名			
	試料情報			
	試料取扱上の注意点 (安全性等)			
分析対象 アミノ酸	分析を希望するアミノ酸にチェック☑をいれてください。 <input type="checkbox"/> すべて ・ <input type="checkbox"/> His ・ <input type="checkbox"/> Asn ・ <input type="checkbox"/> Ser ・ <input type="checkbox"/> Gln ・ <input type="checkbox"/> Arg ・ <input type="checkbox"/> Asp ・ <input type="checkbox"/> Gly ・ <input type="checkbox"/> allo-Thr ・ <input type="checkbox"/> Glu ・ <input type="checkbox"/> Thr ・ <input type="checkbox"/> Ala ・ <input type="checkbox"/> Pro ・ <input type="checkbox"/> Met ・ <input type="checkbox"/> Val ・ <input type="checkbox"/> allo-Ile ・ <input type="checkbox"/> Ile ・ <input type="checkbox"/> Leu ・ <input type="checkbox"/> Phe ・ <input type="checkbox"/> Trp ・ <input type="checkbox"/> Lys ・ <input type="checkbox"/> Cys-Cys ・ <input type="checkbox"/> Tyr			
	試料の保管方法 <input type="checkbox"/> 冷凍 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> 常温 ()			
	ご希望納期	年 月 日	試料発送予定日	年 月 日
研究情報	研究領域 <input type="checkbox"/> 医学 (<input type="checkbox"/> 基礎・ <input type="checkbox"/> 臨床) ・ <input type="checkbox"/> 薬学 (<input type="checkbox"/> 創薬・ <input type="checkbox"/> 動態) ・ <input type="checkbox"/> 生命科学 ・ <input type="checkbox"/> 農学 ・ <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 化粧品 ・ <input type="checkbox"/> 環境 ・ <input type="checkbox"/> バイオマーカー その他 ()			
備考				

上記書式に記入しきれない場合は、別紙(書式はお任せいたします)を添付して頂きご送付願います。