

大阪大学 蛋白質研究所 NMR 装置群 利用申請書 (成果占有利用)
(Confidential)

実験責任者 (印または署名) <small>(ふりがな)</small> 氏 名 実験責任者の氏名を記入してください。	申請日 年 月 日
--	--

企業名・所属部署・職名
実験責任者の所属、職名について記入してください。

連絡先住所 〒

Tel.	Fax	E-mail
------	-----	--------

実験責任者の連絡先を記入してください。

利用課題名 **利用課題名を記入してください。**

	氏 名 (ふりがな)	所属部署	職名	Fax 番号または電子メールアドレス
実験 予 定 者	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 実験予定者全員の氏名、所属、職名、Fax または電子メールアドレスを記入してください。 </div>			

研究の意義・目的・NMR 実験法・期待される成果および研究の準備状況

それぞれの項目について、記入できる範囲で詳しく記入してください。

平成 29年度に、およそ 2 日ずつ、6 回の利用を希望する場合。

利用実施時期及び期間

平成 **29**年 4 月 1 日～ 平成 **30**年 3 月 3 1 日 予定総利用日数 **12** 日

1 回あたりの想定利用日数 **2** 日

想定利用回数 **6** 回

利用を希望する機器名 **利用希望の装置にチェックを入れてください。複数選択可**

950 MHz (超低温プローブ、溶液)
 800 MHz (超低温プローブ、溶液)
 700 MHz (固体)
 700 MHz (超高感度固体 DNP)
 600 MHz (超高感度固体 DNP)
 600 MHz (超低温プローブ、溶液)
 500 MHz (固体)
 500 MHz (超低温プローブ、溶液)
 400 MHz (溶液)

測定補助 希望する 希望しない

NMR 施設利用誓約事項を誠実に履行することを誓約します。
 情報管理計画に同意します。

上記のとおり申請します。

所属長・職名・氏名 **実験責任者の上長の職名・氏名を記入し、押印してください** 印

誓約事項および情報管理計画をご確認の上、誓約・同意いただける場合はチェックを入れてください。