

プロテオミクス解析サービス
申込書

申込日
報告希望日

氏名	様		
所属			
部署			
都道府県		郵便番号	
住所			
TEL		FAX	
e-mail			

試料名	由来	サンプル形状	試料量 (pmol)	分子量 (kDa)
		・ゲル ・その他 ()		
		・ゲル ・その他 ()		
		・ゲル ・その他 ()		

※詳細はコメント欄にご記入下さい。

解析メニュー

- PMF (ペプチドマスフィンガープリント) ¥45,000
 LC-MALDI-MS/MS ¥95,000

コメント

送付先 FAX : 03-3234-7680

 **THERAVALUES**
株式会社 セラバリュース
102-0094 東京都千代田区紀尾井町 3-12
紀尾井町ビル 1F
TEL : 03-3234-7677 FAX : 03-3234-7680
www.theravalues.com info@theravalues.com

取扱店