



REQUEST FORM Mass Spectrometry

เลขที่ 999 อาคารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พุทธมนต์ลาดสาย 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทร. 0-2441-4371 ต่อ 2620 แฟกซ์ 0-2441-4380

www.mt.mahidol.ac.th

Please fill in completely the following information:

Requested by :

Name _____

Address _____

Phone No. _____

Fax No. _____

E-mail _____

Billing Address :

Name _____

Address _____

Phone No. _____ Fax No. _____

E-mail _____

Authorized signature _____

FOR STAFF ONLY

Received No. _____

Received
Date/Time _____

Received by _____

Sample Name	Molecular Weight Determination	Protein Identification by LC/MS In Gel digestion
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sample No. _____

Please provide information that would be helpful to the project

Sample species : Human Mouse Others _____

For Gel slices : Coomassie Silver Sypro ruby Others _____

In-solution sample : buffer condition and estimated sample amount (mg/ml)

Molecular weight (if known) : _____

Mass range of interest : _____ to _____ Da

Comments :
