



REQUEST FORM

Quantitative Proteomics

งานบริการโปรตีโอมิกส์ ห้อง 608 อาคารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ เลขที่ 999มหาวิทยาลัยมหิดล

ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทร. 02-441-4371 ต่อ 2620

e-mail: mtproteomics@mahidol.ac.th <https://mt.mahidol.ac.th/services-th/proteomics-services/>

Please fill in completely the following information:

Requested by: Name _____ Address _____ _____ Phone no. _____ e-mail _____	Billing Address: Name _____ Address _____ _____ Phone no. _____ Authorized signature _____	FOR STAFF ONLY <hr/> Received No. <hr/> Received Data/Time <hr/> Received by <hr/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sample Name	Protein concentration ($\mu\text{g}/\mu\text{l}$)	Quantitative method		Sample No.
		Label-Free	Targeted	
		<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 species: _____

Buffer conditions: _____

Comments:
