



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเทคนิคการแพทย์
Proteomics Services

Request Form
Protein Identification by
Mass Spectrometry

งานบริการโปรตีโอมิกส์ ห้อง 608 อาคารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ เลขที่ 999 มหาวิทยาลัยมหิดล
 ถ. พุทรมณฑลสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทร. 0-2441-4371 ต่อ 2620 Fax 0-2441-4380

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

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	Protein Identification by LC/MS			Sample No.
	In-gel digestion	In-solution digestion	In-solution digestion (not include protein digestion)	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	

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 : _____
