|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G:\kaveh\آزمایشگاه مرکزی\لوگوی دانشگاه\1.png | | **فرم درخواست استفاده از خدمات آزمایشگاه مرکزی**  **(IR-Mass)** | | | | | | | | | | | **شماره:**  **تاریخ:**  **پیوست**: | |
| **مشخصات متقاضی:** | | | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | |  | | | | | کد ملی: | | شماره تماس: | | | |  |
| نام دانشگاه/ سازمان: | |  | | | | | ایمیل: | | نام استاد: | | | |  |
| مشخصات فیش واریزی: | |  | | | | | تاریخ: | | شماره دانشجويي: | | | |  |
| سهمیه مورد استفاده: | | آزاد🞏 | | | | | دانشجو🞏 | | عضو هیئت علمی🞏 | | | | دانشگاه اراک🞏 |
| **مشخصات نمونه:** | | | | | | | | | | | | | | |
| نام نمونه: | | | ساختار نمونه: | |  | | | | | مقدار تقریبی: | | |  | |
| حالت نمونه: | 1-جامد: | | | پودر | | | | | توده (بالک)🞏 | | | | لایه نازک🞏 |
| 2-مایع:🞏 | | | شفاف🞏 | | | | | سوسپانسیون🞏 | | | | نقطه جوش: |
| شرایط نگه داری: | حساس به نور🞏 | | | نگه داری در دمای پایین🞏 | | | | | حساس به رطوبت🞏 | | | | حساس به ضربه: |
| ایمنی: | قابل اشتعال🞏 | | | قاب انفجار🞏 | | | | | سمی🞏 | | | قال جذب از طریق پوست🞏 | |
| توضیحات اضافی لازم: |  | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع آنالیز درخواستی:** | | | | | | | | | | | | | | |
| IR-Mass | | O18🞏 | | | | | C13🞏 | | سایر موارد: | | | | نیاز به حرارت: |
| خدمات اضافی: | |  | | | | | | | امضا استاد راهنما: | | | | | |
| توضیحات اضافی لازم جهت اطلاع اپراتور دستگاه: | | | | | |  | | | | | | | | |
| **معرفی متقاضی به کارشناس آزمایشگاه**: | | | | | | | | | | | | | | |
| **کارشناس محترم آزمایشگاه مرکزی،**  با سلام، خواهشمند است پس از تایید مالی، نسبت به آنالیز و ارائه نتایج مربوطه اقدام نمایید**.** | | | | | | | | | | | | | | |
| اطلاعات دانشگاه:**شماره حساب درآمد دانشگاه اراك: 4001110403020041**  **شماره شبا: IR950100004001110403020041**  **شناسه واريز : 322110451120004000392990140120**  **کد پذیرندگی پرداخت دانشگاه اراک**000000140330093 | | | | | | | | | | | | | دکتر کاوه خسروی،  مدیر آزمایشگاه مرکزی | |
| **گزارش آنالیز توسط اپراتور محترم:** | | | | | | | | | | | | | | |
| گواهی می گردد آنالیز ............... مربوط به آقا/خانم ............................ در تاریخ ................... انجام شده و نتایج تحویل کارشناس محترم آزمایشگاه مرکزی گردید. امضا: | | | | | | | | | | | | | | |
| **این قسمت توسط اپراتور محترم دستگاه جدا و بایگانی گردد:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **مشخصات متقاضی:** | | | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی: | |  | | | | | کد ملی: | | | | شماره تماس: | |  |
| نام دانشگاه/ سازمان: | |  | | | | | ایمیل: | | | | نام استاد: | |  |
| مشخصات فیش واریزی: | |  | | | | | تعداد: | مبلغ: | | | تاریخ: | |  |
| سهمیه مورد استفاده: | | آزاد🞏 | | | | | دانشجو🞏 | | عضو هیئت علمی🞏 | | | | دانشگاه اراک🞏 |