|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| G:\kaveh\آزمایشگاه مرکزی\لوگوی دانشگاه\1.png | **فرم درخواست استفاده از خدمات آزمایشگاه مرکزی****(IR)** | **شماره:** **تاریخ:****پیوست**: |
| **مشخصات متقاضی:** |
| نام و نام خانوادگی: |  | کد ملی: | شماره تماس: |  |
| نام دانشگاه/ سازمان: |  | ایمیل: | نام استاد: |  |
| مشخصات فیش واریزی: |  | تاریخ: |  |
| 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:** |
| **FT-IR** | قرص KBr🞏 | نوژول🞏 | حلال لازم: | نیاز به حرارت: |
| خدمات اضافی: |  |
| 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: اپراتور دستگاه .... |
| **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: |  | شماره درخواست: | تاریخ: |  |
| سهمیه مورد استفاده: | آزاد🞏 | دانشجو🞏 | عضو هیئت علمی🞏 | دانشگاه اراک🞏 |