



دانشگاه صنعتی سهند

دانشکده علوم پایه

به نام خدا

شماره:.....

فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی دانشکده علوم پایه

تاریخ:.....

عنوان پایان نامه یا طرح:

پایان نامه : کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>	دکتری <input type="checkbox"/>	طرح پژوهشی استاد/مراجعہ خارج از دانشگاه
نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	نام و نام خانوادگی مجری طرح:
دانشکده:	گرایش:	نوع طرح: داخلی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>
شماره تلفن تماس:	استاد راهنما:	تاریخ تصویب طرح:
امضای دانشجو:		شماره تلفن تماس:

نوع درخواست: (در صورت تکمیل نبودن نوع درخواست توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی گردد)

عنوان خدمت:	شرح و شرایط خدمت:	توضیحات (در صورت لزوم):
۱-	۱-	
۲-	۲-	
۳-	۳-	

مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی گردد)

عنوان نمونه:	تعداد نمونه:	اگر نمونه ها دارای خواص زیر می باشند، دور خاصیت مورد نظر خط بکشید:
۱-	۱-	سمیت-فراریت-کاهش هوشیاری-خورندگی-پرتوزایی-قابلیت اشتعال-محرك
۲-	۲-	دستگاه تنفسی
۳-	۳-	اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده در بند فوق را می پذیرم.

رییس دانشکده علوم پایه

احتراما تعداد نمونه با مشخصات فوق جهت انجام آزمایش تحت شرایط مذکور ارسال می شود. هزینه انجام آزمایشات از محل قابل پرداخت خواهد بود.

امضای استاد راهنما/مجری طرح:

متقاضی محترم

احتراما هزینه ی آزمایشهای درخواستی به مبلغ ریال برآورد می شود. خواهشمند است با مراجعه به اداره پژوهش واقع در طبقه اول ساختمان شهید مفتح جهت پرداخت از محل بودجه پژوهشی اقدام نمایید.

مبلغ فوق را به شماره حساب IR 9501-0000-4001-0754-0301-8321 به نام درآمدهای اختصاصی دانشگاه صنعتی سهند (شناسه واریز دانشکده ها: ۳۱۸۰۷۵۴۵۴۱۲۲۷۰۰۰۴۰۱۰۷۱۱۱۱۰۰۰۳) واریز و فیش را به دانشکده عودت نمایید.

امضای رییس دانشکده علوم پایه:

رئیس دانشکده علوم پایه

احتراما هزینه ی آزمایش به مبلغ ریال از محل قابل پرداخت است.

امضای کارشناس مالی اداره پژوهش:

رئیس دانشکده علوم پایه

احتراما آزمایش در تاریخ به مدت زمان انجام شد و بر حسب مورد گزارش عدم انجام آزمایش یا آسیب های وارده به

دستگاهها به شرح زیر است:

امضای کارشناس آزمایشگاه: