



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:	شماره دانشجویی:	
سهمیه مورد استفاده:	آزاد <input type="checkbox"/>	دانشجو <input type="checkbox"/>	عضو هیئت علمی <input type="checkbox"/> دانشگاه اراک <input type="checkbox"/>

مشخصات نمونه:

نام نمونه:	ساختار نمونه:	مقدار تقریبی:	
حالت نمونه:	پودر <input type="checkbox"/>	توده (بالک) <input type="checkbox"/>	لایه نازک <input type="checkbox"/>
	۱- جامد:	سوسپانسیون <input type="checkbox"/>	نقطه جوش:
	۲- مایع: <input type="checkbox"/>	شفاف <input type="checkbox"/>	
شرایط نگه داری:	حساس به نور <input type="checkbox"/>	نگه داری در دمای پایین <input type="checkbox"/>	حساس به رطوبت <input type="checkbox"/> حساس به ضربه:
ایمنی:	قابل اشتعال <input type="checkbox"/>	قاب انفجار <input type="checkbox"/>	سمی <input type="checkbox"/> قابل جذب از طریق پوست <input type="checkbox"/>
توضیحات اضافی لازم:			

نوع آنالیز درخواستی:

FT-IR	قرص <input type="checkbox"/> KBr	نوژول <input type="checkbox"/>	حلال لازم:	نیاز به حرارت:
خدمات اضافی:				
توضیحات اضافی لازم جهت اطلاع اپراتور دستگاه:			امضا: استاد راهنما	

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.	
دکتر کاوه خسروی، مدیر آزمایشگاه مرکزی	طریقه پرداخت: ورود به سایت دانشگاه اراک ← درگاه پرداخت آنلاین ← خدمات آزمایشگاهی ← آنالیز FT-IR

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:	تاریخ:	
نام دانشگاه/سازمان:	شماره تماس:	نام استاد:	
مشخصات فیش واریزی:	تعداد:	مبلغ:	ایمیل:
سهمیه مورد استفاده:	آزاد <input type="checkbox"/>	دانشجو <input type="checkbox"/>	عضو هیئت علمی <input type="checkbox"/> دانشگاه اراک <input type="checkbox"/>