|  |  |
| --- | --- |
| **کد  لبزنت** | **ID:** |
| **کد پذیرش** | **TEM-1403-**  **Coating-1403-** |
| **کد مالی** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **پرداخت (تسویه حساب)** |
|  | **ارسال نتایج آزمایش** |
|  | **ثبت مالی** |



**فرم ثبت درخواست میکروسکوپ الکترونی عبوری**

**1- مشخصات متقاضی/دانشجو:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانودگی |  | **در صورت دانشجو بودن** | |
| نام استاد |  |
| کد ملی |  | شماره تماس استاد |  |
| ارتباط سازمانی |  | نام محل خدمت استاد |  |
| شماره همراه |  |
| ایمیل |  |

عضو هیات علمی یا دانشجوی دانشگاه شیراز (1)-عضو دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی منطقه 7 کشوری (2)-عضو دانشگاه‌ها و مراکز طرف قرارداد همکاری دو جانبه خدمات دستگاهی (3)-سایر دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی و پارک علم و فناوری (4)-سایر سازمان‌ها یا شرکت‌ها (5)

**شرح مشخصات نمونه و نوع آنالیز:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تعداد نمونه** | **نوع نمونه** | | **مقیاس مورد نیاز جهت بررسی** | | **تعداد تصاویر از هر نمونه** | | **محدوده بزرگنمایی مورد نیاز** | **وضعیت آنالیز نهایی** |
| **نانوذره و غیره** | **ویروس** | **میکرو** | **نانو** | **کمتر از 5 عدد** | **بیش از 5 عدد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نکات مهم:**

* درصورت تغییر درخواست به طور مثال بزرگنمایی و تعداد عکس و آنالیز، لازم است مجدد درخواست گردد.
* زمان تعیین شده برای آنالیز به هیچ عنوان تغییر داده نمی‌شود.
* لازم به ذکر است هرگونه درخواست خارج از این برگه قابل پذیرش نمی‌باشد.
* درصورت تاخیر (بیش از 10 دقیقه) در حضور در آزمایشگاه، نوبت داده شده باطل می‌شود.
* آماده‌سازی نمونه به عهده متقاضی است و قبل از زمان تعیین شده بایستی انجام شده باشد.
* درصورت عدم مراجعه، نمونه‌ها بعد از یک هفته، دورریز می‌شود.
* لطفا یک روز بعد از ارسال فرم، به ایمیل centrallab@shirazu.ac.ir، با دفتر آزمایشگاه مرکزی جهت هماهنگی روز و ساعت انجام آزمون، تماس گرفته شود.

**آیا نمونه‌ها را بعد از آنالیز لازم دارید؟ بلی خیر  
آیا نیاز به تفسیر نتایج دارید؟ بلی خیر**

**شرایط نگهداری نمونه به چه صورت می‌باشد؟ دمای اتاق یخچال 4-1درجه فریزر 0> حساس به نور**

نام و امضای متقاضی/دانشجو تاریخ تکمیل فرم

**2-تعیین زمان توسط اپراتور:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| روز | تاریخ | ساعت |
|  |  |  |

**این قسمت توسط اپراتور تکمیل می‌شود:**

**3- شرح فعالیت و هزینه**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مبلغ کل**  **(ریال)** | **تعداد تصاویر گرفته شده از هر نمونه** | | **مدت زمان آنالیز** | | **تعداد نمونه آنالیز شده** | |
|  |  | تعداد |  | مدت |  | تعداد |
|  | مبلغ |  | مبلغ |  | مبلغ |

نام و امضای اپراتور تاریخ

**این قسمت توسط مسئول پذیرش آزمایشگاه تکمیل می‌شود:**

**4- مبلغ و نحوه پرداخت**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | سهم شبکه راهبردی | سهم گرنت تحصیلات تکمیلی استاد | سهم گرنت بن کارت استاد | واریز نقدی توسط کارتخوان | جمع مبلغ (ریال) |
|  |  |  |  |  |  |

نام و امضای مسئول پذیرش و تسویه تاریخ