|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ:** | | | **ر فرم درخواست میکروسکوپ الکترونیم پذیرش نمونه SEM** | | | | | | | **C:\Users\Lenovo\Desktop\logo.png** | |
| **شماره ثبت:** | | | **شماره اقتصادی:** | | | | **نام و نام خانوادگی(حقیقی/ حقوقی):** | | | | |
| **نشانی:** | | | | | | | | | | **شناسه / کد ملی:** | | |
| **تلفن / تلفکس:** | | | | | | | | | | **پست الکترونیک:** | | |
| **نام و نام خانوادگی تحویل دهنده:** | | | | | | | | **شماره تلفن همراه:** | | | | |
| **بازگرداندن باقیمانده نمونه :  بلی  خیر** | | | | | | | | | | **نمونه ها مجوز تخریب دارد؟  دارد  ندارد** | | |
| **نوع تعرفه: لطفاً فقط یکی از موارد ذیل را انتخاب کنید.**  □ درخواست کسر هزینه از گرنت اعضای هیت علمی دانشگاه شهید بهشتی  اینجانب دکتر................................................. عضو هیئت علمی دانشکده / پژوهشکده / مرکز..................................................... درخواست کسر هزینه خدمات آزمایشگاهی آقا/ خانم ............................................. را تماما □ و تا سقف......................................... ریال را دارم.  □ آزاد( حقیقی- حقوقی) □ دانشجو (دارای گرنت اساتید) □ دانشجو (آزاد) **امضا استاد راهنما:** | | | | | | | | | | | | |
| آدرس پست الکترونیک : [clab.sbu@gmail.com](mailto:clab.sbu@gmail.com) و تلفن مستقیم : 02129905428  **در صورت استفاده از تخفیفات لبزنت نامه رسمی رضایت شخص خدمت گیرنده، بهمراه پرینت کارت ملی الزامی می باشد.** | | | | | | | | | | | | |
| **آزمون‌های مورد نیاز:** تصویربرداریآنالیز تعیین ضخامت پوشش پوشش طلا دانه‌بندی تعیین جنس پوشش  تعیین جنس پوشش‌های چند لایه تعیین ضخامت پوشش‌های چند لایه تعیین فیلر به روش EDS | | | | | | | | | | | | |
| **ایمنی:** فرار تشعشع زا قابل اشتعال رادیواکتیو محرک دستگاه تنفسی قابل جذب از طریق پوست و بیماری زا | | | | | | | | | | | **نگهداری نمونه** | |
| **شرایط نگهداری:  معمولی  حساس به نور  حساس به رطوبت  حساس به دما** | | | | | | | | | | |
| **نوع آنالیز** | | | **نوع تصویر** | | | | | | **نام قطعه (نمونه)**  \*نام و شماره هر نمونه مشخص شود.  مشتریان گرامی با درج اطلاعات کامل از نمونه ها و نحوه انجام آزمون ما را در ارائه خدمات بهتر، یاری کنید، | | **ردیف** | |
| آنالیز صفحه ای (Map) | آنالیز خطی (line scan) | آنالیز (EDS) | In-Beam | BSE | SE | | | |
| تعداد تصاویر و بزرگنمایی مدنظر | | | | | |
| تعداد نقاط و بزرگنمایی مدنظر،  عناصر مدنظر | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | |  | |
| * به منظور آگاهی از ابعاد نمونه با آزمایشگاه هماهنگی نمایید. * به منظور تعیین وقت انجام آزمون حضوری با واحد پذیرش تماس حاصل نمایید. * متقاضی متعهد می‌گردد که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نمی‌باشد. | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی مشتری/ نماینده مشتری:  تاریخ و امضا: | | | | | | نام و نام خانوادگی پذیرش کننده:  تاریخ و امضا: | | | | | | |

توجه: مشتری گرامی، باقیمانده نمونه های ارسالی پس از انجام آزمون حداکثر یک ماه در آزمایشگاه نگهداری خواهد شد و پس از آن آزمایشگاه مسئولیتی در راستای تحویل آن نخواهد داشت، لذا خواهشمند است درصورت نیاز به باقیمانده نمونه ،ظرف مدت مقرر اقدام فرمایید.