|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 بهشتیاینجانب 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 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.