****

**تاریخ:**

**فرم درخواست کندوپاش مغناطیسی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توسط متقاضی | مشخصات | نام: |  نام خانوادگی: |
| **کد ملی:** | **نام دانشگاه/ شرکت/ موسسه وابسته:** |
| **تلفن همراه:** | **تلفن ثابت:** |
| **شماره دانشجویی:** | **پست الکترونیک:** |
| **در خواست نمونه** | **تعداد و جنس نمونه:** ................................................................................باقیمانده نمونه عودت داده شود: (بلی□ خیر□)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ پلیمر  | □ مخلوط | □ کامپوزیت | □ نیمه هادی | □ معدنی | □ بیولوژیک | □ سرامیک  | □ فلز  | **نوع ماده** |
|  | □ حساس به دما  | □ نا­مشخص | □ حساس به نور | □ حساس به نور | **شرايط نگهداری** |
|  | □ نیمه هادی | □ نا مشخص | □ عایق | □ هادی | **خواص الکتريکی** |
|  | □ نا­مشخص | □غیر مغناطیس | □ مغناطیس | **خواص مغناطيسی** |
| □ قابل جذب توسط پوست | □ محرک دستگاه تنفسی | □ رادیو اکتیو |  □ غیرسمی □ قابل اشتعال | □عادی  | **ايمنی** |

آزمایشگاه اجازه تخریب نمونه دارد؟ (بلی□ خیر□)آزمایشگاه اجازه ارجاع نمونه به آزمایشگاه همکار مرکزی را دارد؟ (بلی□ خیر□)شرح درخواست: ..............................................................................................................................................................................................................................................................\* مدت زمان نگهداری نمونه قبل از آنالیز..............روز \* روش استاندارد پیشنهادی:......................................................................................................................................  |
|  شرایط پذیرش  نمونه | **نمونه ها تمیز و عاری از آلودگی باشد.****در صورت استفاده از تخفیفات لبزنت نامه رسمی رضایت شخص خدمت گیرنده، بهمراه پرینت کارت ملی الزامی می باشد.** |
|  | **آدرس پست الکترونیک:** **clab.sbu@gmail.com** **تلفن مستقیم: 27- 02129905428** |
|  توسط متقاضی |  **مشخصات نمونه** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نوع تارگت** | **فشار کاری/نوع گاز/جریان مستقیم/رادیو فرکانسی و سایر درخواست ها** | **نوع زیرلایه** | **ضخامت لایه نشانی** |
| **۱** |  |  |  |  |
| **۲** |  |  |  |  |
| **۳** |  |  |  |  |

 |
|  | **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:** |