



# فرم درخواست آنالیز CHNS

دانشگاه تهران  
آزمایشگاه مرکزی دستگاہی

امضای استاد راهنما	مشخصات متقاضی آنالیز*
(مخصوص دانشجویان دانشگاه تهران)*	نام متقاضی: کد ملی متقاضی:
	نام استاد راهنما: کد ملی استاد راهنما:
	تاریخ تحویل نمونه: _____ / _____ / _____ نام دانشگاه/دانشکده/موسسه:
	شماره تماس: ایمیل:

شرایط نمونه	* مقدار نمونه حداقل ۱۰ میلی گرم و بصورت پودر باشد. * نمونه باید فاقد حلال و عناصر جیوه و فلوتور باشد.
	* نمونه ارائه شده حداکثر تا یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداری می شود.

ردیف	کد (نام) نمونه	نوع نمونه	فرمول مولکولی قابل انتظار	درصد مورد انتظار عناصر	نگهداری و ایمنی
اطلاعات نمونه *	۱	جامد <input type="checkbox"/> مایع ویسکوز <input type="checkbox"/>		C: ___ % H: ___ % N: ___ % S: ___ % Other: ___ % آیا نمونه عنصر N دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی / بد بو می باشد. <input type="checkbox"/>
	۲	جامد <input type="checkbox"/> مایع ویسکوز <input type="checkbox"/>		C: ___ % H: ___ % N: ___ % S: ___ % Other: ___ % آیا نمونه عنصر N دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی / بد بو می باشد. <input type="checkbox"/>
	۳	جامد <input type="checkbox"/> مایع ویسکوز <input type="checkbox"/>		C: ___ % H: ___ % N: ___ % S: ___ % Other: ___ % آیا نمونه عنصر N دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی / بد بو می باشد. <input type="checkbox"/>
	۴	جامد <input type="checkbox"/> مایع ویسکوز <input type="checkbox"/>		C: ___ % H: ___ % N: ___ % S: ___ % Other: ___ % آیا نمونه عنصر N دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی / بد بو می باشد. <input type="checkbox"/>

توضیحات *	
-----------	--

موافقت نامه *	در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد. اینجانب _____ همه مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم. امضا درخواست کننده
---------------	---

تعارف و پرداخت	کد خدمت	تعرفه آزاد	تعداد	تخفیف	تعرفه پرداختی	میزان استفاده از اعتبار شبکه	سهم مشتری

اپراتور	تاریخ انجام آنالیز: _____ / _____ / _____ توسط: توضیحات اپراتور:
---------	---

پذیرش	نحوه پرداخت: کارتخوان <input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> فیش <input type="checkbox"/> توضیحات پرداخت: نحوه پذیرش نمونه: حضوری <input type="checkbox"/> ارسالی <input type="checkbox"/> تاریخ پذیرش نمونه: _____ / _____ / _____ توسط: تاریخ ارسال جواب: _____ / _____ / _____ توسط: Draft <input type="checkbox"/>
-------	---