



فرم درخواست آنالیز RAMAN

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

* لیزر ۵۳۲ nm باشد.
* نمونه نبایستی خاصیت فلورسانس داشته باشد.
* نمونه ارائه شده حداکثر تا یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداری می شود.

ردیف	کد (نام) نمونه	نوع نمونه	نگهداری و ایمنی	ساختار احتمالی
اطلاعات نمونه *	۱	<input type="checkbox"/> جامد <input type="checkbox"/> مایع <input type="checkbox"/> فیلم	<input type="checkbox"/> نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی/ بد بو می باشد.	
	۲	<input type="checkbox"/> جامد <input type="checkbox"/> مایع <input type="checkbox"/> فیلم	<input type="checkbox"/> نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت نمونه حل شده <input type="checkbox"/> نمونه سمی/ بد بو می باشد.	
	۳	<input type="checkbox"/> جامد <input type="checkbox"/> مایع <input type="checkbox"/> فیلم	<input type="checkbox"/> نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> بازگشت باقی مانده نمونه <input type="checkbox"/> نمونه سمی/ بد بو می باشد.	

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

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

اپراتور

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