



فرم درخواست آنالیز FT-IR

دانشگاه کوثر بجنورد
آزمایشگاه مرکزی دستگاهی

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

* نمونه باید خالص و عاری از هر گونه حلال و فاقد آب باشد . *محدوده طیف گیری $4000-600\text{cm}^{-1}$ میباشد . * نمونه بصورت پودر یا فیلم تحویل داده شود. * ابعاد فیلمها باید حداقل $0.5\text{mm} \times 0.5\text{mm}$ و ضخامت $5\mu\text{m}-1\text{mm}$ باشد. * نمونه ارائه شده حداکثر تا یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداری می شود.	شرایط نمونه *
---	---------------

ردیف	کد (نام) نمونه	نوع آنالیز	محدوده طیف گیری $600-4000\text{cm}^{-1}$	نگهداری و ایمنی	ساختار احتمالی
اطلاعات نمونه *	1	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی مانده نمونه نمونه سمی / بد بو می باشد.	
	2	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی مانده نمونه نمونه سمی / بد بو می باشد.	
	3	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت نمونه نمونه سمی / بد بو می باشد.	
	4	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی مانده نمونه نمونه سمی / بد بو می باشد.	

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	موافقت نامه *
--	---------------

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

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

نحوه پذیرش: کارخوان ☐ آنالین ☐ فیش ☐	نحوه پذیرش نمونه: حضوری ☐ ارسالی ☐
توضیحات پرداخت:	تاریخ پذیرش نمونه: _____ / _____ / _____ توسط: _____
	تاریخ ارسال جواب: _____ / _____ / _____ توسط: _____