**ویژه** **دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه جیرفت جهت استفاده از خدمات آزمایشگاهی یا کارگاهی خارج از گروه**

**توجه**: خواهشمند است پس از تکمیل و تائید برگ در خواست آنرا به دفتر آزمایشگاه مرکزی تحویل دهد

**1) مشخصات استاد راهنما:**

نام و نام خانوادگی: .......................................... دانشکده/ پژوهشکده: .................................... گروه آموزشی: ........................................................................... پست الکترونیک: ............................................................ تلفن همراه/ ثابت: ............................................

**2) مشخصات دانشجو:**

نام و نام خانوادگی: ................................ شماره دانشجویی: ................................. رشته تحصیلی: ................................ عنوان پایان نامه : .......................................................................................... تاریخ تصویب پایان نامه در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده: ................................

**3) لیست تجهیزات مورد نیاز :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام دستگاه** | **عنوان آزمون** | **میزان استفاده( یا تعداد نمونه)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* هزینه خدمات مربوطه از محل پژوهانه طرح پژوهشی به صورت آزاد به طور کامل پرداخت می گردد.

**تاریخ و امضاء استاد راهنما: ..........................................................**

**4) تائید نهایی:**

|  |  |
| --- | --- |
| استاد راهنما:  تاریخ و امضاء: | مدیرگروه:  تاریخ و امضاء: |
| معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده:  تاریخ و امضاء: | رئیس آزمایشگاه مرکزی:  تاریخ و امضاء: |

**5) جناب آقای/ خانم: .............................................. مسئول آزمایشگاه: ......................................................**

با سلام، لطفاً در خصوص هزینه استفاده از خدمات آزمایشگاهی درخواست شده ، زمان انجام آزمایش و سایر موارد اظهار نظر فرمائید.

**تاریخ و امضاء رئیس آزمایشگاه مرکزی: .................................................**

**6) رئیس آزمایشگاه مرکزی**

\*احتراماً، امکان انجام خدمات درخواستی به دلیل ..................................................... وجود ندارد.

\*احتراماً، امکان انجام خدمات درخواستی وجود دارد و هزينه خدمات آزمايشگاهی درخواست شده و زمان انجام آزمایش به شرح زير مي­باشد:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع آزمایش در خواست شده | تعرفه آزمایش(ریال) | درصد تخفیف | زمان انجام آزمایش | توضیحات |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| جمع کل | |  |  |  |  |
| مبلغ قابل پرداخت ( بعد از اعمال تخفیف) | |  | |  |  |

**تاریخ و امضاء مسئول آزمایشگاه : .....................................**

**7**) **محقق محترم**

لطفا مبلغ .......................................................... ریال به شماره حساب **2295002614** بانک تجارت بنام درآمد آزمایشگاه­های دانشگاه جیرفت، واریز و اصل فیش واریزی را به آزمایشگاه مرکزی ارسال نمایید.

**رئیس آزمایشگاه مرکزی**

**تاریخ و امضاء**