***بسمه تعالی***

******

 ***بسمه تعالی تاریخ : ....................***

 ***شماره : ....................***

 **فرم مخصوص آنالیز AFM**

**جدول مشخصات متقاضی :**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی : | شماره تماس : |
| رشته تحصیلی :  | آدرس پست الکترونیک : |
| مقطع تحصیلی : | نشانی : |
| دانشکده :  | نحوه آشنایی با آزمایشگاه : سایت□ اساتید□ دوستان□ سایر□  |
| دانشگاه محل تحصیل : | تاریخ و امضای متقاضی |

**نکات مورد توجه در مورد نمونه :**

* **در صورتی که نمونه به شکل قطعه باشد، لزوما حداکثر ابعاد نمونه باید cm1×cm1 و حداکثر ارتفاع آن cm2/0 باشد.**
* **نمونه پودری باید با شرایط مرتبط با آن نمونه، به حالت سوسپانسیون باشد.**
* **نمونه های به صورت قطعه و یا فیلم، باید تمیز و عاری از چربی و گرد و غبار باشد.**
* **در صورت امکان، هرگونه تصویر میکروسکوپی نمونه های مشابه ، ضمیمه گردد.**
* **در صورتی که جلوه ویژه(اشکال هندسی خاص) از نمونه مدنظر است ذکر گردد.**

 **جدول مشخصات نمونه :**

|  |
| --- |
| مشخصات کامل فرمول شیمیایی نمونه :  |
| تعداد نمونه : | نوع نمونه :فیلم□ پودر□ قطعه □ سایر□ |
| ابعاد سطح نمونه از نوع فیلم یا قطعه : | ارتفاع نمونه از نوع فیلم یا قطعه :  |
| زبری سطح نمونه : دارد □ ندارد □ |
| نام حلال مربوط به نمونه (در صورتی که نمونه پودری باشد) :  |

|  |
| --- |
| **نکات ایمنی :**سمی□ فرار□ قابل اشتعال□ محرک دستگاه تنفسی□ نانو سایز□ قابل جذب از طریق پوست□  |
| در صورت داشتن MSDS (Material Safety Data Sheet) در هریک از موارد ارسال شود. در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر را ذکر فرمایید.**\*\*متقاضی متعهد می شود که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نیست. در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم ارائه اطلاعات ایمنی نمونه، خسارت ایجاد شده بر عهده دانشجو می باشد.** |

 **تاریخ و امضاء مسئول راهبری دستگاه**

* انجام آزمایش های درخواست شده منوط به پرداخت هزینه مربوطه به حساب شبای شماره **660100004001073903022968** بانک مرکزی با شناسه پرداخت **305073953119500001400264888203** به نام دانشگاه مازندران جهت انجام تست فلورسانس و ارائه اصل فیش می باشد.

. **این قسمت باید توسط کارشناس مالی دانشکده تائید گردد.**

|  |
| --- |
| **پرداخت هزینه های آنالیز:****مطابق فیش پرداختی به شماره............................ مبلغ................................ریال بابت انجام آزمایش AFM پرداخت گردید.** |