



دانشکده علوم و فنون نوین

بسمه تعالی

فرم شماره 3

درخواست استفاده از امکانات آزمایشگاه های دانشکده علوم و فنون نوین

نام و نام خانوادگی متقاضی: دانشگاه / موسسه / شرکت ...

شماره تماس برای مواقع ضروری (استاد و دانشجو الزامی است):

مقطع و رشته تحصیلی: پست الکترونیکی:

نام استاد معرف:

نوع آزمایش و مواد مصرفی مورد نیاز برای انجام آزمایش (ایمنی مواد مصرفی مد نظر می باشد):

دستگاه (های) مورد نیاز:

مدت و زمان لازم جهت کار در آزمایشگاه:

امضای درخواست کننده:

امضای استاد معرف:

امضای مدیر آزمایشگاه

امضای مدیر گروه