|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: رشته و مقطع تحصیلی: شماره دانشجویی:  کد ملی: تلفن تماس ضروری: نام دانشگاه یا موسسه وابسته:  نام و استاد راهنما: شماره تماس استاد راهنما: امضاء استاد راهنما:  تاریخ تحویل نمونه:  ایمیل استاد راهنما: ایمیل متقاضی: | **مشخصات متقاضی** |

|  |  |
| --- | --- |
| **نوع تصویر برداری: AFM-contact  MFM  AFM-noncontact**  **سطح تصویربرداری (میکرومتر):** | **خدمات درخواستی** |
| ملاحظات لازم در کار با نمونه :  نوع نمونه:  بافر حلال:  شرایط نگهداری:  سایر موارد: | **مشخصات نمونه** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **اطلاعات لازم برای آنالیز** |

**توجه**: هزینه هر آنالیز از طریق سامانه **درآمدهای اختصاصی- قسمت پژوهش زیر شاخه آزمایشگاه مرکزی** پرداخت شود و تصویر رسید پرداخت به همراه فرم درخواست تکمیل شده به آدرس: **سنندج-دانشگاه کردستان-آزمایشگاه مرکزی-صندوق پستی 416 کد پستی: 15175 -66177** ارسال گردد.