|  |  |
| --- | --- |
| 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.