|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **آزمایشگاه مرکزی** | **درخواست آنالیز XRD** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X- Ray Tube: Cu (Kα = 1.54 Å) GNR EXPLORER** | | | | |  |  |  |  | **مشخصات** |
| **مشخصات متقاضی: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمیگردد)** | | | | | | | | | |
| نام استاد: | | شماره تلفن/ فکس: | | | | | نام و نام خانوادگی: | | |
| شماره تماس استاد: | | آدرس الکترونیکی: | | | | | نام شرکت/سازمان/دانشگاه: | | |
| دریافت فاکتور :  بلی خیر | | تلفن همراه: | | | کد اقتصادی: | | کدملی / شناسه ملی / شماره ثبت: | | |
| آدرس پستی: | | | | | | | | | |
| **مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمیگردد)** | | | | | | | | | |
|  | **مشخصات ظاهری/ شیمیایی:** | | | | | **جنس نمونه:** | | | **: Sample name** |
|  | | | | |  | | | تعداد کل نمونه: ............. |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  | یز دانه  | ر | درشت دانه  | 1) پودر: | **نوع نمونه:** |
| 2) مایع: سوسپانسون کلوئید  سل پلیمری  محلول  سایر موارد:  ترکیب، نقطه جوش و فشار بخار حلال ذکر شود. ............................................. | | | | | | | | |
| 3) :Bulk کلوخه ای لایه نازک فلزی پلیمری متخلخل کامپوزیت  سایر موارد: | | | | | | | | |
| حساس به نور حساس به رطوبت نگهداری در اتمسفر خاص نگهداری در دمای پایین | | | | | | | | | **شرایط نگهداری:** |
|  | سمی  فرار قابل اشتعال محرک دستگاه تنفسی قابل جذب از طریق پوست نانو سایز  | | | | | | | | **ایمنی:** |
|  | در صورت داشتن (MSDS) Sheet Data Safety Material در هر یک از موارد ارسال گردد.  در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر ذکر شود:  ............................................  مشتری متعهد می گردد که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نمی باشد.( محل امضاء برای تعهد) | | | | | | | |
| **نوع خدمات درخواستی** (توضیحات لازم ذکر گردد). | | | | | | | | | |
| با توجه به متفاوت بودن هزینه ها برای هریک از موارد زیر، لطفا به دقت به هر یک پاسخ دهید: | | | | | | | | | **آزمون :XRD** |
| 1) نوع آنالیز:   نرمال، زاویه 2θ از .............. الی .......... درجه   آهسته، زاویه 2θ از .............. الی ..........درجه  الف) تعیین پهنای پیک در نصف ماکزیمم ارتفاع (FWHM) بلی  خیر   ب) تعیین سطح زیر پیک برای محاسبه درصد کریستالینیتی بلی  خیر  | | | | | | | | | |
| 2) آیا روش آزمون یا درخواست اسکن خاص یا ویژه ای مورد نظر شما می باشد؟ بله  خیر (روش ها و آزمون های خاص شامل هزینه های ویژه می گردند)  ........................................................................................................................................................................................................................................................................ :دهید شرح را درخواست یا روش  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | |
| 3) نتایج مورد نیاز:   فقط طیف   شناسایی فاز: بلی خیر  در صورت پاسخ بله، برای شناسایی بهتر فازها ترکیبات احتمالی نمونه ذکر گردد ذکر جزییات ترکیب نمونه و مواد اولیه مصرفی (مواد اولیه بکار رفته و ترکیبات حاصل مورد نظر ، هرگونه احتمال آلودگی یا ناخالصی در موارد استفاده شده یا موارد دیگر) :  ..............................................................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................  توضیحات و انتظار متقاضی: .............................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |

**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.
* در صورتیکه درخواست و نحوه انجام آنالیز توسط مشتری مستلزم شناسایی فاز نمونه جهت ادامه کار باشد به هزینه آنالیز درخواستی، هزینه تفسیر فازی نتایج نیز افزوده شده و در هزینه نهایی اخذ شده از متقاضی محاسبه خواهد شد.
* در صورت داشتن مرجع (مقاله، استاندارد، گاید)، لطفا قسمتی از آن که مربوط به آنالیز XRD است، به فرم درخواست آنالیز پیوست گردد.
* چنانچه برای آنالیز برنامه ای توسط مراجعه کننده ارائه نگردد، از برنامه متداول آزمایشگاه استفاده می شود؛ درغیر اینصورت امکان آنالیز مجدد نمونه نمی باشد.
* نمونه ها بخصوص نمونه های پودری را در ظرف های نمونه مناسب قرار دهید. از پذیرفتن نمونه درون کاغذ، فویل آلومینیوم یا کیسه پلاستیک، بدلیل آلوده شدن نمونه ها معذوریم.
* نمونه های خود را کدگذاری نموده و نام خود را روی آنها درج نمایید.
* در صورتیکه نمونه به صورت قطعه یا لایه نازک است، حتما سطح پشت نمونه را با یک علامت ضربدر مشخص نمایید. (منظور از پشت نمونه سمتی است که نباید آنالیز شود)
* نمونه ها پس از انجام آنالیز حداکثر به مدت یکماه در آزمایشگاه نگهداری می شود و پس از این مدت آزمایشگاه مسئولیتی برای نگهداری آنها ندارد. لذا هر گونه شکایت نسبت به نتایج آزمون حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ انجام آنالیز قابل پیگیری می باشد.
* **مشتری متعهد می گردد که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نمی باشد.** در غیر اینصورت هرگونه خسارت جانی و مالی که مرتبط با نمونه برای آزمایشگاه حادث شود، مسئولیت آن با متقاضی بوده و ملزم به پرداخت هزینه های خسارت وارده خواهد بود.
* **اینجانب متعهد میگردم که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نمی باشد. امضاء**