|  |
| --- |
| *FT-IR* |
| درخواست انجام طیف بینی مادون قرمز |

|  |  |
| --- | --- |
| **شرایط نمونه** | نمونه بایستی کاملاً خالص و عاري از حلال باشد )نمونه هاي بلوري بایستی به صورت پودري درآیند و  حلال زدایی شده باشند(.  نمونه ارائه شده حداکثر یک هفته بعد از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداري میشود |

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات**  **متقاضی** | نام و نام خانوادگی : مدرک تحصیلی:  نام استاد راهنما**:** نام دانشگاه یا مؤسسه وابسته:  کدملی: تلفن: تاریخ تحویل نمونه:  ایمیل: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات**  **نمونه** | تعداد نمونه ها:  نام و فرمول مولکولی یا ساختمانی نمونه ها:  توضیحات ضروري دیگر: | | |
| نوع مطالعه درخواستی | □ATR (Attenuated Total Reflectance, 650-7800 cm-1)\*  □DR (Diffuse Reflectance)    \*حداقل ابعاد نمونه mm20\*5ونمونه کاملاً مسطح و فاقد زبری |  | □حضوری  □ازطریق سایت  □سایر (قید شود ): |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تائید و امضاء** | استاد راهنما  (دانشجویان تحصیلات تکمیلی) | رئیس دانشکده یا مدیر گروه | **مسِئول ازمایشگاه مرکزی** | |
|  |  | تاریخ اعلام نتیجه | برآورد هزینه |
|  |  |
| تأیید مسئول ازمایشگاه: | |

**تذکر**: چنانچه به تشخیص کارشناس دستگاه، آنالیز نمونه مستلزم روند زمان خارج از حد معمول باشد، هزینه مربوطه جداگانه محاسبه و وصول خواهد شد.

اینجانب ...................................... همه ي مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوي آزمایشگاه را

قبول مینمایم.

امضاء درخواست کننده: