



آزمایشگاه مرکزی
دانشگاه شهید چمران اهواز

بیت کالی

فرم مخصوص جهت آزمون نمونه‌های AFM DME DS 95-50 E

تاریخ انجام آزمون : تاریخ تحویل نمونه:
خواهشمنداست مبلغ ریال بابت هزینه آزمون به شماره
حساب ۲۱۷۷۲۷۲۲۰۹۰۰۶ بانک ملی به نام « رابط تمرکز وجوه حاصل از تحقیقات
مشاوره ای دانشگاه » واریز گردد .

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
مقطع و رشته تحصیلی:	نام مرکز:
معرف:	استاد راهنما:
آدرس و شماره تماس:	E-mail:
تعداد نمونه:	
نام و مشخصات نمونه:	
نوع آزمون مورد تقاضا: تصویر ☐ آماده سازی نمونه ☐	
نتیجه آزمون:	تعداد تصویر:
زمان:	امضاء متقاضی:
انجام آزمون طبق مواد ذکر شده مورد تأیید اینجانب می باشد.	
آزمایش کننده:	مدیر آزمایشگاه:
امضاء:	امضاء:

- فقط در صورت ارائه رسید پرداخت بانکی، نتیجه آزمون تحویل داده می شود.
- لطفاً جهت دریافت نتایج آزمون CD خام همراه داشته باشید.