

فرم درخواست تست‌های آنتی باکتریال آزمایشگاه مرکزی دانشگاه مراغه

(ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه مراغه)

(از اساتید و دانشجویان محترم خواهشمندیم فرم مربوطه را به دقت و به طور کامل تکمیل و به آزمایشگاه مرکزی دانشگاه ارسال فرمایند. بدیهی است فرم‌های ناقص، تأیید نخواهند شد)

نام و نام خانوگی دانشجوی: _____	این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود	
		مقطع تحصیلی: _____
		رشته و گرایش تحصیلی: _____
		شماره دانشجویی: _____
		شماره تلفن همراه: _____
		کد ملی: _____
		آدرس پست الکترونیکی: _____
تاریخ تکمیل فرم: _____	محل امضای دانشجو	

نام و نام خانوادگی استاد: _____	این قسمت توسط استاد راهنما / استاد مشاور پایان نامه تکمیل شود	
		نقش استاد در پایان نامه: _____
		تعداد نمونه‌ها (به حروف نوشته شود): _____
اینجانب با اطلاع از هزینه تست نمونه‌ها، موافقت خود را با کسر هزینه‌های تست از محل گرنت (اعتبار پژوهشی) خود اعلام می‌نمایم.	تاریخ تکمیل فرم: _____	محل امضای استاد

اطلاعات مربوط به نمونه‌ها:	
روش تست: <input type="checkbox"/> دیسک دیفیوژن <input type="checkbox"/> MIC <input type="checkbox"/> MBC	اطلاعات مربوط به باکتری‌های مورد تقاضا
نوع باکتری: <input type="checkbox"/> گرم مثبت <input type="checkbox"/> گرم منفی	
نام علمی باکتری‌ها: _____	

قابل توجه متقاضی محترم

- ❖ براساس مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه، تعرفه تست آنتی باکتری به روش دیسک دیفیوژن برابر صد و بیست هزار تومان و روش MIC برابر صد و پنجاه هزار تومان می‌باشد.
- ❖ لازم است در مقالات منتشر شده از آنالیزهای انجام شده در آزمایشگاه مرکزی که از سهم حمایتی دانشگاه استفاده می‌شود، در بخش تقدیر و تشکر، به انجام آنالیزها در آزمایشگاه مرکزی اشاره گردد. در صورت عدم درج نام آزمایشگاه مرکزی در بخش تقدیر و تشکر مقالات منتشر شده، امکان استفاده از سهم حمایتی دانشگاه وجود نخواهد داشت.
- ❖ در صورت عدم درج اطلاعات صحیح در فرم، مسئولیت آن با استاد درخواست‌کننده آنالیز می‌باشد.
- ❖ در صورت بروز موارد پیش‌بینی نشده و یا سرویس و تعمیر احتمالی دستگاه، احتمال تأخیر در انجام آنالیز نمونه‌ها وجود خواهد داشت.
- ❖ در صورتی که نمونه‌ها دارای شرایط خاص هستند (از جمله سمیت، قابلیت انفجار و ...) حتماً در بخش مربوطه در فرم ذکر گردد.

این قسمت توسط مدیر آزمایشگاه مرکزی دانشگاه تکمیل شود	نام و نام خانوادگی مدیر آزمایشگاه مرکزی دانشگاه:	کارشناس محترم آزمایشگاه مرکزی لطفاً آنالیز نمونه‌ها بر اساس مقررات آزمایشگاه مرکزی دانشگاه انجام شود. تاریخ تکمیل فرم: محل امضای مدیر آزمایشگاه مرکزی دانشگاه
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

این قسمت توسط کارشناس آزمایشگاه مرکزی دانشگاه تکمیل شود	نام و نام خانوادگی کارشناس آزمایشگاه مرکزی دانشگاه:	مدیر محترم آزمایشگاه مرکزی دانشگاه آزمایشات و تست‌های مربوطه انجام شده و نتایج در اختیار متقاضی قرار داده شد. تاریخ تکمیل فرم: محل امضای کارشناس آزمایشگاه مرکزی دانشگاه
	گزارش نتایج نمونه‌های انجام شده:	
	محاسبه هزینه آزمایشات انجام شده بر اساس تعرفه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه:	