|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **logo-shut.png** | | فرم درخواست آزمون**FT-IR** | | | | | | |
| تاریخ پذیرش: | | | | نوع آزمون: | | |
| نام شرکت/دانشگاه: | | | | نام و نام خانوادگی: | | |
| شماره تماس: | | | | کد ملی: | | |
| ایمیل: | | | | آدرس: | | |
| اطلاعات تخصصی نمونه  \*این قسمت توسط متقاضی تکمیل گردد. | | | | | | | | |
| نمونه رطوبت دارد یا خیر؟ | حاوی ترکیبات سمی است | | محدوده طیف سنجی | نوع نمونه  (پودر/لایه نازک/ مایع) | ترکیبات نمونه  (ساختار احتمالی) | | کد (نام) نمونه | شماره |
|
|  |  | |  |  |  | |  | ۱ |
|  |  | |  |  |  | |  | ۲ |
|  |  | |  |  |  | |  | ۳ |
|  |  | |  |  |  | |  | ۴ |
|  |  | |  |  |  | |  | ۵ |
| ملاحضات فنی   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **شکل نمونه** | | پودری 🗆 توده ای 🗆 لایه نشانی شده بر روی زیر لایه 🗆 بیولوژیکی 🗆 پلیمری 🗆 | | **جنس ماده** | | نامعلوم 🗆 فلزی 🗆 سرامیک 🗆 معدنی 🗆 کامپوزیت 🗆 | | **خواص الکتریکی** | | نامعلوم 🗆 رسانا 🗆 نیمرسانا 🗆 نارسانا 🗆 | | **ایمنی** | | سمی 🗆 فرار🗆 قابل اشتعال🗆 محرک دستگاه تنفسی🗆 اکسنده🗆 خورنده 🗆 بیماری­زا 🗆 سایر موارد: ............................. | | **توضیحات** | | * محدوده طیف سنجی دستگاه FTIR آزمایشگاه مرکزی دانشگاه صنعتی شاهرود از 35۰ تا cm-18300 می باشد، * همچنین محدوده طیف سنجی ATR آن از 45۰ تا cm-1۴۰۰۰ می باشد. * نمونه­برداری باید توسط خود متقاضی انجام پذیرد و **نمونه حتما در ظرف مناسب قرار داده شود.** * حداقل ابعاد فیلم 1cm × 1cm و ضخامت حداقل 5μm-1mm باشد. * مقدار ماده مورد نیاز نمونه های پودری حداقل 5 میلی گرم و نمونه های مایع حداقل 5 میلی لیتر می باشد. * متقاضی متعهد می­گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد، درغیر این صورت هرگونه خسارت جانی و مالی بر عهده متقاضی خواهد بود. * در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می­باشد. * نمونه­ها حداکثر تا دو هفته پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد. * مسئولیت صحت اطلاعات و مشخصات نمونه برعهده متقاضی می باشد . * نمونه های ارسالی باید در اندازه و شرایط مناسب ارسال شود (قبل از ارسال نمونه هماهنگی لازم را انجام دهید). * در صورت عدم هماهنگی قبلی متقاضی, آزمایشگاه در خصوص تخریب نمونه های حساس به دما, رطوبت, زمان , نور و ... مسئولیتی ندارد. | | اینجانب صحت موارد بالا را تایید می نمایم.  توضیحات متقاضی:  تاریخ و امضاء متقاضی | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می گردد. | | | | | | | |
| امکان انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه) می باشد □ نمی باشد □ | | | | | | | |
| نظر کارشناس دستگاه:  تاریخ و امضاء: | | | | | | | |
| تعرفه هر آزمون: | هزینه کل آزمون: | **گرنت شبکه آزمایشگاهی** | درصد |  |  |  | سهم پرداختی |
| تعداد آزمون انجام شده: | مبلغ تخفیف | ریال  ID: |  | |
| هزینه تحلیل تخصصی: |
| نظر مدیر آزمایشگاه: | | | | | | | |
| تاریخ و امضای مدیر آزمایشگاه | | | | | | | |