|  |  |
| --- | --- |
| **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 | ریالID: |  |
| هزینه تحلیل تخصصی: |
| نظر مدیر آزمایشگاه:  |
| تاریخ و امضای مدیر آزمایشگاه |