|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی وخدمات درخواستی | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | ترکیب شیمیایی | بزرگنمایی های  درخواستی | اندازه ذرات بر روی یک تصویر | خاصیت مغناطیسی | آنالیز **EDS** | | | | عناصر به تفکیک برای **EDS یا Map** | تصویر **HBSD** | باقی نمونه  برگردانده |
|  |  |  |  | درج شود/نشود | (دارد/ندارد) | صفحه­ای | نقطه­ای | خطی | Map |  |  | شود/نشود |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | • متقاضی متعهد می گردد 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 مشتری می­باشد.  • نمونه­ها تا دو هفته پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد.  • تصویربرداری در بزرگنمایی­های مختلف یا مورد درخواست با آشکارساز الکترون های ثانویه (SE) انجام می شود.  • برای تثبیت نمونه بر روی نگهدارنده از چسب دوطرفه کربن استفاده می شود.  • خشک سازی نمونه های بیولوژیکی باید طبق پروتکل توسط مشتری انجام شده باشد. |
| اینجانب صحت موارد بالا را تایید می نمایم.  توضیحات متقاضی:  تاریخ و امضاء متقاضی | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می­گردد | امکان انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه) می باشد □ نمی باشد □ | | | | | | | | |
| نظر کارشناس دستگاه:  تاریخ و امضاء: | | | | | | | | |
| هزینه کل آزمون: | سهم پرداختی | تاریخ  ساعت | **گرنت شبکه آزمایشگاهی** | درصد |  |  |  |  |
| مبلغ تخفیف | ریال  ID: |  | |
| نظر مدیر آزمایشگاه: | | | | | | | | |
| تاریخ و امضای مدیر آزمایشگاه | | | | | | | | |