|  |
| --- |
| **درخواست استفاده از آزمایشگاه میکروسکوپ Fluid inclusion** |
| نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: گرایش:  مقطع تحصیلی: تاریخ مورد درخواست: شماره تماس:  مورد استفاده:  ضمناً متعهد می­شوم که در طی این زمان، موارد زیر را رعایت نموده و مسئولیت بروز هر گونه آسیب به دستگاه ها را بر عهده می­گیرم. 1) رعایت کامل نکات ایمنی، 2) استفاده از آزمایشگاه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر، 3) قطع برق تمام بخش­ها هنگام خروج از آزمایشگاه ، 5) عدم تحویل کلید آزمایشگاه به افراد دیگر، 6) عدم استفاده از دستگاه­هایی که برای آنها درخواست داده نشده است.  امضاء و تاریخ |
| مدیر محترم گروه زمین­شناسی دانشگاه شهید چمران، احتراماً تقاضا می­شود با درخواست دانشجو موافق شود.  نام و نام خانوادگی استاد راهنما: امضاء و تاریخ |
| با توجه به درخواست صورت گرفته، با استفاده دانشجوی نام­برده از امکانات آزمایشگاه به مدت ......................... ساعت موافقت می­شود.  دکتر عادل ساکی  مدیر گروه زمین­شناسی |