



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کاشان

معاونت تحقیقات و فناوری

آزمایشگاه جامع تحقیقات

فرم درخواست خدمات تخصصی

تاریخ:.....

.....بار

دفعات استفاده از دستگاه:

نام خدمت دستگاهی:

دستگاهی

مشاوره‌ای

نوع خدمات درخواستی:

.....ساعت

مدت زمان مشاوره:

نام مسئول آزمایشگاه:

نام آزمایشگاه ارائه‌دهنده خدمت:

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی:

همکار طرح

دانشجو

نام دانشگاه:

گروه آموزشی:

رشته تحصیلی:

امضا

عنوان طرح / پایان‌نامه:

کد طرح:

شماره تماس:

استاد راهنما:

امضا

❖ به منظور دریافت خدمات دستگاهی لطفاً فرم تکمیل شده به همراه فیش واریز بانکی به مسئول آزمایشگاه تحویل داده شود.

شناسه پرداخت: **309077461123701003360000000003**

❖ شماره شب: **IR-070100004001077403023426**

❖ به نام: **درآمد دانشگاه علوم پزشکی در بانک مرکزی**

❖ تعرفه خدمات دستگاهی در وبسایت آزمایشگاه جامع تحقیقات به آدرس <http://newclr.kaums.ac.ir> موجود می‌باشد.