



بسمه تعالی

فرم درخواست حضور در آزمایشگاه مرکزی دانشکده پزشکی در ساعات و روزهای غیراداری

(تذکر مهم: فرم امضا شده حداقل ۴۸ ساعت قبل از موعد حضور باید تحویل آزمایشگاه گردد)

احتراما اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی درخواست صدور مجوز فعالیت در آزمایشگاه مرکزی در روز تعطیل مورخ..... از ساعت..... الی را دارم. اینجانب متعهد می‌گردم که در موقع حضور در آزمایشگاه مطابق قوانین آزمایشگاه عمل نموده، از وسائل و تجهیزات به طرز صحیح استفاده نموده، و در صورت بروز هر گونه حادثه، خسارات وارده را به عهده می‌گیرم. ضمناً مسئولیت امنیت و سلامت بعهده اینجانب می‌باشد و در صورت بروز هرگونه اتفاقی آزمایشگاه مسئولیتی در قبال اینجانب نخواهد داشت.

امضا و شماره تلفن تماس دانشجو

نظر استاد راهنما

اینجانب.....استاد راهنمای آقای/ خانمتایید می‌نمایم که حضور نامبرده در تاریخ یاد شده در آزمایشگاه مرکزی کاملاً ضروری است.

امضا و تلفن تماس استاد راهنما

نظر و امضای سوپروایزر آزمایشگاه مرکزی

نظر و امضای رئیس آزمایشگاه مرکزی

نظر و امضای حراست دانشکده پزشکی