

به نام خدا

شماره: .....

تقاضای استفاده از امکانات آزمایشگاهی بین دانشکده‌های

تاریخ: .....



دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گیلان  
معاونت آموزشی - تحصیلات تکمیلی

نام و نام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی:	دانشکده درخواست کننده:
نوع درخواست:	نام و نام خانوادگی استاد راهنما: امضا:
نام و نام خانوادگی مدیر گروه: امضا:	ردیف پرداخت هزینه‌ها: گرنه <input type="checkbox"/> پیمان نامه <input type="checkbox"/> طرح تحقیقاتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تأیید معاون آموزشی و پژوهشی در دانشکده

دانشکده سرویس دهنده:	
تعداد آزمایش‌ها: هزینه کل آزمایش‌ها:	نوع آزمایش: هزینه هر آزمایش:
نام و نام خانوادگی مدیر گروه: امضا:	نام و نام خانوادگی مسرؤل آزمایشگاه: امضا:
توضیحات:	

رونوشت: اداره پژوهش دانشکده‌های درخواست کننده و سرویس دهنده