

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل - دانشکده بهداشت - گروه مهندسی بهداشت حرفه‏ای و ایمنی کار

فرم تحویل وسایل اندازه‏گیری

استاد راهنمای محترم جناب آقای / سرکار خانم ............................ احتراما به استحضار می‏رساند اینجانب ............................ دانشجوی رشته ....................................... جهت اندازه‏گیری .................... از تاریخ ................... لغایت .................... به دستگاه ................................. نیاز دارم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدامات لازم به عمل آید. هدف از اندازه‏گیری : کارآموزی 🞎 طرح تحقیقاتی مصوب 🞏

 تاریخ و امضاء دانشجو تاریخ و امضاء استاد راهنما

مدیر گروه محترم مهندسی بهداشت حرفه‏ای و ایمنی کار با سلام. احتراما مراتب فوق مورد تایید است. خواهشمند است طبق ضوابط و مقررات اقدام فرمایید.

تاریخ و امضاء رئیس دانشکده

کارشناس محترم آزمایشگاهجناب آقای / سرکار خانم .................................با سلام. احتراما مراتب فوق مورد تایید است. خواهشمند است طبق ضوابط و مقررات اقدام فرمایید.

تاریخ و امضاء مدیر گروه

مسئول محترم امین اموال دانشکدهبا سلام. احتراما خواهشمند است نسبت به صدور برگ خروج جهت وسایل مذکور از دانشکده اقدام فرمایید.

تاریخ و امضاء کارشناس آزمایشگاه

مسئول محترم امین اموال دانشکدهبا سلام. احتراما به اطلاع می‏رساند دستگاه مذکور به طور صحیح و سالم عودت داده شد. خواهشمند است نسبت به تسویه حساب اقدام فرمایید.

تاریخ و امضاء کارشناس آزمایشگاه

توجه : حداکثر مهلت استفاده از دستگاه 10 روز می‏باشد که در صورت نیاز به زمان بیشتر، با نظر استاد راهنما و مدیرگروه قابل تمدید است.