« جدول زير توسط متقاضي داخلی تكميل می گردد .»

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام متقا ضی ( دانشجو و استاد راهنما )  | نوع درخواست خدمات | شماره‌ي ثبت | عنوان درخواست خدمت | مدت‌زمان پيشنهادي | امضای استادراهنما یا استاد مشاور با تاریخ  |
|  | طرح تحقیقاتی |  پایان‌نامه |  |  | کد آزمون | تعداد آزمون | سایر و تعداد آزمون | نام و مشخصات نمونه | ساعت / روز | از تاریخ .....تا ..... |  |
|  | مقطع |  رشته |  |  |  |  |  |  |  |
| دکترا | ارشد |
|  |  |  |

***\** به ‌:رییس آزمايشگاه‌ تحقیقات تغذیه / صنایع غذایی**

**آدرس پست الکترونیک و تلفن تماس متقاضی :**

***اینجانب --------------******نسبت به مفاد آئين نامه مدیریت اجرائی ”آزمايشگاه های انستیتو ” آگاهی کامل دارم******.  امضای متقاضی***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 « جدول زير توسط رییس آزمايشگاه‌ تحقیقات تغذیه / صنایع غذاییتكميل و توسط مدیرگروه تحقیقات تغذیه / صنایع غذاییتایید مي‌شود.»

  ***\** به : معاون پژوهشي**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ دریافت درخواست | تاریخ بررسی درخواست | نتیجه‌ي بررسی | هزینه‌ي ارائه‌ي خدمت | مدت‌زمان اختصاص‌داده‌شده | ملاحظات |
|  |  | پذیرش | عدم پذیرش ( با ذکر دلیل ) |  | ساعت / روز | از تاریخ ... تا .... |  |
|  |  |
|  |  |

**امضای رییس آزمايشگاه‌ تحقیقات تغذیه / صنایع غذایی امضاي مدیر گروه تحقیقات تغذیه / صنایع غذایی**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**« اين بخش توسط معاون پژوهشي تكميل مي‌شود.»**

**\*به ‌:رییس آزمايشگاه‌ تحقیقات تغذیه / صنایع غذایی**

 درخواست متقاضی مبنی برانجام پیش آزمون ( پری تست ) از نظر این معاونت بلامانع است. **امضاي معاون پژوهشی**

 با توجه به تامین هزینه از محل طرح مصوب شماره ............................................... از طریق پرداخت هزینه ارائه خدمت طی فیش شماره ............................................. شروع به‌کار نامبرده از نظر این معاونت بلامانع است .

**امضاي مسئول مالی معاونت پژوهشی امضاي معاون پژوهشی**