

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد**

**معاونت تحقیقات و فناوری**

**آزمایشگاه جامع تحقیقات**

**" فرم درخواست خدمات تخصصی"**

 تاریخ:...........

نام خدمت دستگاهی : نام اپراتور دستگاه: تعداد دفعات استفاده از دستگاه: ...... بار

این قسمت توسط متقاضی پر شود:

نام و نام خانوادگی : کد ملی: شماره تماس:

دانشجو همکار طرح

رشته تحصیلی : گروه آموزشی: نام دانشگاه :

عنوان طرح/ پایان نامه :

استاد راهنما : امضا

به منظور دریافت خدمات دستگاهی لطفا فرم تکمیل شده به همراه فیش واریزی به مسئول آزمایشگاه تحویل داده شود.

نام حساب : تمرکز درآمدهای اختصاصی دانشگاه علوم پزشکی گناباد شماره حساب : 2178171619007

 شماره کارت : 6037997599069235

آدرس: آدرس: خراسان رضوی - گناباد - حاشیه جاده آسیایی - معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد تلفن تماس: ۰۵۱۵۷۲۲۳۰۲۸ و ۰۵۱۵۷۲۲۵۰۲۷
فکس: ۰۵۱۵۷۲۲۳۸۱۴
پست الکترونیک: Research@gmu.ac.ir