

 واحد ارتباط با صنعت و جامعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز دانشکده بهداشت		درخواست انجام آزمایشات
واحد ثبت کننده: هزینه آزمایش:	تاریخ درخواست: تاریخ واریز وجه:	کد پروژه: تاریخ اعلام به آزمایشگاه:
تکمیل توسط مشتری	مشخصات متقاضی نام و نام خانوادگی: شماره تلفن / فکس: آدرس پستی:	نام سازمان / شرکت: پست الکترونیک: کد ملی / شناسه ملی: شماره همراه:
	مشخصات نمونه نام تجاری نمونه: کاربرد نمونه: تعداد نمونه:	شرایط کاربرد نمونه: شرایط نگهداری نمونه: اطلاعات ایمنی نمونه:
تکمیل توسط مسئول آزمایشگاه	پارامترهای آزمایش درخواستی مشتری نام آزمایش (ها): کمیت (ها) اندازه گیری: استاندارد انجام آزمایش:	شرایط انجام آزمایش:
	نام متقاضی: تاریخ و امضاء:	
تکمیل توسط سرپرست آزمایشگاه	امکان پذیری انجام آزمایش: تاریخ انجام آزمایش: شماره درخواست: دلایل عدم انجام آزمایش یا تحویل به موقع نتایج:	تاریخ تحویل جواب (توافقی): سرپرست آزمایشگاه: تاریخ و امضاء:
	نام مسئول آزمایشگاه: تاریخ و امضاء:	تاریخ تحویل جواب: