|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| آزمایشگاه مرکزی  دانشکده کشاورزی | **به نام خدا**  فرم درخواست نمونه  **Real-Time PCR** | تاریخ:  شماره: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات درخواست کننده | **نام و نام خانوادگی**: | **هیات علمی/ استاد راهنما □ دانشجوی تحصیلات تکمیلی □   متقاضی خارج دانشگاه □** | | | |
| **رشته تحصیلی**: | **مرتبه علمی/ مدرک تحصیلی**: | | | **مرکز ارسال کننده**: |
| **نشانی**: | **شماره همراه**:  **شماره ثابت**: | | | **پست الکترونیکی**: |
| **نحوه آشنایی با آزمایشگاه: سایت □ اساتید و همکاران □ تبلیغات □ سایر ....** | | | | |
| **نحوه پرداخت هزینه ها: از طریق گرنت □**  **واریز به حساب متمرکز** □ **(به زیر نویس شماره 5 توجه فرمایید)** | | | **نام تحویل گیرنده نتیجه آزمایش:** | |
|  | | | | | |
| مشخصات نمونه و آزمون | **نام ژن**: | **حیوانی □ گیاهی □ باکتری □   نام گونه**: | | | **کد نمونه**: |
| **تاریخ تحویل**: | **نام تحویل دهنده نمونه**: | | | **تعداد نوبت استفاده از دستگاه**: (6) |
| **تعداد نمونه بر حسب میکروتیوب**: | **حجم نمونه**: | | | **رنگ مورد استفاده**: |
| **روش انجام آزمون**  **Absolute quantification □ Relative quantitive □ Qualitative detection □ Tm calling □**  **Endpoint genotyping □ HRM □**  **Simple □ Gradient □ Nested □** | | | | |
|  | | | | | |
| روند انجام | **انجام آزمون در تاریخ امکان پذیر است.** | | **کارشناس آزمایشگاه:** | | |
| **انجام آزمون درخواست شده مانعی ندارد.** | | **مدیر آزمایشگاه:** | | |
| **آزمون انجام و نتایج آن در تاریخ دریافت شد.** | | **تحویل گیرنده:** | | |

**لطفا قبل از درخواست و ارسال نمونه به موارد زیر توجه فرمایید:**

**1- حتما یک روز قبل از ارسال نمونه جهت هماهنگی دستگاه و ثبت برنامه به آزمایشگاه مراجعه نمایید.**

**2- پذیرش نمونه فقط حضوری و با رعایت زنجیره انتقال سرد صورت می گیرد.**

**3- کیت و میکروتیوب مورد استفاده باید مورد تایید آزمایشگاه باشد.**

**4- آماده سازی نمونه ها و تفسیر داده ها با آزمایشگاه نمی باشد.**

**5- پرداخت از طریق گرنت پژوهشی ویژه اساتید دانشگاه بوعلی سینا با تکمیل فرم گرنت آزمایشگاه مرکزی آزمایشگاه مرکزی دانشکده کشاورزی است. سایر متقاضیان بایستی قبل از انجام آزمون هزینه آزمایش را به حساب اختصاصی دانشگاه واریز نمایند.**  
**6- در صورتی که از چند روش استفاده می نمایید در قسمت «روش انجام آزمون» تعداد نوبت استفاده از هر کدام را به تفکیک قید نمایید.**

**نام و امضای متقاضی: نام و امضای کارشناس آزمایشگاه:**