



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
دانشکده بهداشت
فرم درخواست تحویل تجهیزات آزمایشگاه

تاریخ:
شماره:
پیوست:

ریاست محترم دانشکده بهداشت

با سلام و احترام

اینجانب آقای/خانم به شماره پرسنلی/دانشجویی جهت نیاز به استفاده از تجهیزات مندرج در جدول زیر دارم. خواهشمند است جهت تحویل تجهیزات مذکور به اینجانب دستور لازم را صادر فرمایید.

ردیف	نام دستگاه	مدت استفاده (روز)	ملاحظات
۱			
۲			
۳			
۴			

امضاء درخواست کننده

تاریخ

تحویل تجهیزات مندرج در جدول فوق به آقای/خانم از نظر اینجانب بلامانع می باشد.

مدیر گروه

تاریخ

مسئول محترم مجتمع آزمایشگاهی دانشکده

با سلام

تجهیزات مندرج در جدول فوق به آقای/خانم تحویل گردد.

ریاست دانشکده بهداشت

تاریخ

کارشناس محترم آزمایشگاه سرکار خانم/آقای

تحویل تجهیزات مندرج در جدول فوق به آقای/خانم بلامانع می باشد.

مسئول مجتمع آزمایشگاهی

تاریخ

اینجانب آقای/خانم به شماره پرسنلی/دانشجویی در تاریخ تجهیزات مندرج در جدول زیر را به طور سالم از آزمایشگاه تحویل گرفتم و مسئولیت حفظ و نگهداری این وسایل تا زمان بازگشت بر عهده اینجانب می باشد.

ردیف	نام دستگاه	شماره اموال	ملاحظات
۱			
۲			
۳			
۴			

امضاء تحویل دهنده

امضاء تحویل گیرنده

شماره تماس: