



الف (این قسمت توسط واحد پذیرش تکمیل شود		
نام و نام خانوادگی متقاضی:	شماره تماس متقاضی:	پزشک درخواست کننده:
بیمارستان / کلینیک:		شماره تماس پزشک:
جنس نمونه:	تعداد نمونه:	تاریخ پذیرش / امضاء پذیرش کننده:
ب (این قسمت توسط کارشناس واحد میکروسکوپ الکترونی تکمیل شود		
وضعیت نمونه: <input type="checkbox"/> قابل پذیرش <input type="checkbox"/> غیر قابل پذیرش		
دلایل رد نمونه:		
نوع خدمات درخواستی:		
آماده سازی نمونه:		
<input type="checkbox"/> قالب گیری <input type="checkbox"/> سکشن اولیه <input type="checkbox"/> تهیه گرید <input type="checkbox"/> رنگ آمیزی <input type="checkbox"/>		
تصویر برداری TEM: مدت زمان تصویربرداری:		
هزینه نهایی: تاریخ تحویل نتایج / امضاء کارشناس میکروسکوپ الکترونی		
ج (این قسمت توسط واحد پذیرش تکمیل شود		
مبلغ: توسط خانم / آقای طی فیش بانکی شماره به		
حساب خزانة بانک ملی، سایر درآمدهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۴۰۰۱۰۷۸۷۰۳۰۱۲۹۲۹		
نزد بانک ملی شماره شبا: IR790100004001078703012929 واریز شد		
توضیحات واریز در صورت نیاز:		
تاریخ تحویل نتایج / امضاء تحویل گیرنده		امضاء مسئول پذیرش