



فرم استفاده از تجهیزات کلینیک شنوایی شناسی

الف) مدیر محترم گروه شنوایی شناسی

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته مقطع برای انجام پژوهش خود با عنوان:
..... به راهنمایی اساتید:
..... تخصص: از دانشگاه:

و مشاوره اساتید: تخصص: از دانشگاه: متقاضی استفاده
از دستگاه‌های و بوده و مسئولیت حفظ و نگهداری از دستگاه‌ها و پرداخت هزینه
کالیبراسیون را بعهده می‌گیرم.

تعداد نمونه: مدت زمان استفاده از دستگاه شماره تماس:

نام و نام خانوادگی پژوهشگر (دانشجو) نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضاء

امضاء

ب) معاون آموزشی محترم گروه

با توجه به برنامه آموزشی کلینیک و تایید مطالب مندرج در بند الف، خواهشمند است اقدام لازم جهت تعیین روز و ساعت
استفاده از تجهیزات فوق صورت گیرد.

مدیر گروه شنوایی شناسی

امضاء

ج) مسئول محترم تجهیزات

با توجه به تایید مطالب مندرج در بند الف، خواهشمند است اقدام لازم جهت برنامه‌ریزی استفاده از دستگاه‌های درخواستی
صورت گیرد.

مدیر گروه شنوایی شناسی

امضاء

د) مدیر محترم گروه

پیرو درخواست فوق جهت استفاده از تجهیزات آن بخش، مراتب جهت اطلاع و برنامه‌ریزی به استحضار می‌رسد.
تسویه حساب در تاریخ انجام شد.

مسئول تجهیزات

امضاء