

درخواست آزمون پراش پرتوی ایکس (XRD)

تاریخ:
شماره:

لطفا در این کادر چیزی ننویسید.

مشخصات متقاضی (تکمیل فیلدهای این بخش برای دریافت فاکتور الزامی است)

نام درخواست کننده/رابط: *
 کد ملی / شناسه ملی: *
 شماره تلفن همراه: *
 پست الکترونیک:
 آدرس و کدپستی: *

اعتبار شبکه آزمایشگاهی (LabsNet) دارید و متقاضی استفاده از آن هستید؟
 نام شرکت:
 مجتمع / واحد:

مشخصات نمونه

جنس نمونه:	فلزی	سرامیکی	آلی	پلیمری	کامپوزیتی	سایر:
مشخصات فیزیکی:	بالک	پودری	نانو ذرات	لایه نازک	پوشش	سایر:
ایمنی:	فرار	مخل تنفس	قابل اشتعال	سمی	خورنده	آلوده
شرایط نگهداری نمونه:	دما:	فشار:	رطوبت:	سایر:		

تعداد نمونه‌ها:

نام / کد نمونه:

ملاحظات:

نیاز به آماده‌سازی نمونه: دارد / ندارد / توضیح:

مشخصات آزمون

پارامترهای اسکن (بازه زاویه 2θ , step size, time per step, زمان اسکن):	پارامترهای پیش فرض آزمایشگاه: 10° تا 40° , 0.04° , 0.5 s, 16 دقیقه طبق نظر متقاضی:
در صورت تمایل به انجام آنالیز کیفی، تکمیل موارد روبرو الزامی است.	عناصر شیمیایی محتمل موجود در نمونه: فازها یا ترکیبات محتمل موجود در نمونه:
آنالیزهای تکمیلی XRD:	تعیین اندازه کریستالیت/میکرو کرنش شبکه درصد کریستالیت ساختار سایر:

توضیحات آزمون:

- متقاضی تا ۲۴ ساعت پس از ارسال نمونه، می‌تواند در مورد شرایط خاص آماده‌سازی و آنالیز نمونه خود اطلاع رسانی کند، در غیر این صورت آزمایشگاه بر طبق خود اظهاری متقاضی در این فرم پذیرش، اقدام به آماده‌سازی، انجام آزمون و آنالیز می‌کند.
- هزینه خدمات با مدت زمان اسکن بیشتر از ۳۰ دقیقه، متناسب با زمان آن محاسبه می‌گردد.
- سطح صاف و تراز برای نمونه بالک به مساحت $0.5 \text{ cm} \times 0.5 \text{ cm}$ و حداقل میزان لازم برای نمونه‌های پودر، 0.5 CC توصیه می‌شود.
- سطح پشت نمونه با علامت * مشخص یا به نحو مناسب به آزمایشگاه اعلام شده است.
- نمونه مورد بررسی ۶ ماه پس از ارائه نتیجه آزمون، معدوم می‌گردد.

آیا باقی‌مانده نمونه‌ها پس از انجام آزمون عودت گردد؟	بلی / خیر
آیا آزمایشگاه بنا به ملزومات آماده‌سازی مجاز به تخریب نمونه می‌باشد؟	بلی / خیر
آیا آزمایشگاه مجاز است در صورت نیاز، انجام آزمون را به آزمایشگاه همکار معتبر واگذار نماید؟	بلی / خیر
نحوه ارائه گزارش آزمون:	نسخه چاپی / ارسال CD / پست الکترونیک

نام و امضای درخواست‌دهنده:	نام و امضای مجری طرح/مدیریت مربوطه:	نام و امضای مسئول پذیرش:	نام و امضای مدیر آزمایشگاه:
تاریخ: / /			

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می‌گردد.

امکان انجام آزمون/خدمت وجود دارد؟ بلی / خیر / مشروط - شرح:
سایر توضیحات:



آدرس دفتر مرکزی: تهران، انتهای خیابان کارگر شمالی، پژوهشگاه علوم و فنون هسته‌ای، ارگان اصلی مواد

تلفن آزمایشگاه: ۰۲۵-۳۳۳۴۱۰۵۲ | تلفکس: ۰۲۵-۳۳۳۴۱۰۵۱ | صندوق پستی: ۱۱۳۵-۳۷۱۹۵

کد فرم: FM-NM-006/05

توزیع نسخ: مرکز ملی تحقیق و توسعه علوم و مهندسی مواد