**فرم مخصوص ثبت اثر انگشت یا صدور کارت جهت ورود به آزمایشگاه های دانشکده داروسازی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** | **کد ملی:** | | | | | | | |
| **اساتید راهنما:** | **نام گروه:** | | | | | | | |
| **نام آزمایشگاه(محل اجرای پایان نامه):** | | | | | | | | |
| **امضای استاد راهنما:** | **امضای مدیر گروه:** | | | | | | | |
| **ساعات مجاز کار در آزمایشگاه:** | **روزهای مجاز هفته:** | | | | | | | |
|  | **شنبه** | **یکشنبه** | **دوشنبه** | **سه شنبه** | **چهارشنبه** | **پنجشنبه** | **جمعه** | **تعطیلات** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **از تاریخ: لغایت: مجاز به تردد در آزمایشگاه می باشد** | | | | | | | | |
| **امضای رییس آزمایشگاه(محل اجرای پایان نامه)** | | | | | | | | |

**دانشجوی گرامی لطفا کپی کارت دانشجویی خود را ضمیمه فرم نمایید**

**تقاضا می شود اساتید گرامی در تکمیل جدول فوق دقت لازم را بعمل آورند تا از هر گونه عدم هماهنگی در ورود و خروج به آزمایشگاه های دانشکده جلوگیری گردد. لطفا ساعات کار در آزمایشگاه را مشخص نموده و روزها را با علامت ضربدر تعیین فرمایید.**

**با تشکر مسئول سمعی و بصری دانشکده**