|  |  |
| --- | --- |
| **کد لبزنت** | **ID:** |
| **کد پذیرش** | **FTIR -1403-** |
| **کد مالی** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **پرداخت (تسویه حساب)** |
|  | **ارسال نتایج آزمایش** |
|  | **ثبت مالی** |



**آزمایشگاه انسانی بخش علوم ورزشی**

**فرم ثبت درخواست آزمون حسی عمقی، آیزوکینتیک، آیزومتریک با دستگاه داینامومتر آیزوکینتیک**

**Proprioception, Isokinetic, Isometric**

**مشخصات متقاضی/دانشجو:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانودگی** |  | **در صورت دانشجو بودن** | |
| **بخش/ دانشگاه** |  |
| **کد ملی** |  | **شماره دانشجویی** |  |
| **کد ارتباط سازمانی\*** |  | **نام استاد** |  |
| **شماره همراه** |  | **شماره تماس استاد** |  |
| **ایمیل** |  | **نام محل خدمت استاد** |  |

\*: عضو هیات علمی یا دانشجوی دانشگاه شیراز (1)-عضو دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی منطقه 7 کشوری (2)-عضو دانشگاه‌ها و مراکز طرف قرارداد همکاری دو جانبه خدمات دستگاهی (3)-سایر دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی و پارک علم و فناوری (4)-سایر سازمان‌ها یا شرکت‌ها (5)

1. **مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش:**

|  |  |
| --- | --- |
| **تعداد شرکت کنندگان در تحقیق :** | **........ نفر مرد ........ نفر زن** |
| **بازه سنی شرکت کنندگان در تحقیق:** | **از ............... تا ............. سالگی** |
| **آیا شرکت کنندگان دارای بیماری یا آسیب دیدگی هستند؟** | **بلی خیر** |
| **در صورت پاسخ "بلی" به سوال فوق، بیماری و یا آسیب دیدگی را تشریح کنید.** | |

1. **مشخصات پروتکل آزمون: اجرای آزمون توسط اپراتور آزمایشگاه اجرای آزمون توسط متقاضی** (در صورت تایید صلاحیت)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Proprioception Test** | | | |
| Side: Left Right Both | | | |
| Contraction: | Pattern: | | Joint: |
| Reps: | Positions: | | Active or Passive: |
| Rest Time in Secs: | | Target Rep Angle Hold: …… Secs | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Position 3 | Position 2 | Position 1 |  | |  |  |  | Starting Angle | |  |  |  | Target Angle | |  |  |  | Movement Speed | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Isokinetic Test** | | | |
| Side: Left Right Both | | | |
| Contraction: | Pattern: | | Joint: |
| Rest Time in Secs: | | Sets: | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Rep **8** | Rep 7 | Rep 6 | Rep 5 | Rep 4 | Rep 3 | Rep 2 | Rep 1 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | End by:  Reps Time Work | |  |  |  |  |  |  |  |  | Speed Away | |  |  |  |  |  |  |  |  | Speed Toward | |  |  |  |  |  |  |  |  | Torque | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Isometric Test** | | | |
| Side: Left Right Both | | | |
| Contraction Direction: | Pattern: | | Joint: |
| Rest Time in Secs: | | Positions: | |
| Relaxation Time: …… Secs | | Contraction Time: …… Secs | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Position **8** | Position 7 | Position 6 | Position 5 | Position 4 | Position 3 | Position 2 | Position 1 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | End by:  Reps Time Work | |  |  |  |  |  |  |  |  | Angle | | | | |

**نکات مهم:**

* لازم به ذکر است هرگونه درخواست خارج از این برگه قابل پذیرش نمی‌باشد و در درصورت تغییر درخواست، لازم است مجدد درخواست گردد.
* لطفا یک روز بعد از ارسال فرم، به پست الکترونیک sportlab@shirazu.ac.ir، با دفتر بخش علوم ورزشی به شماره 36460066 جهت هماهنگی روز و ساعت انجام آزمون و سایر امور اداری و مالی، تماس گرفته شود.

1. **این قسمت توسط اپراتور / کارشناس آزمایشگاه تکمیل می‌شود:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **خدمات آزمایشگاهی ارائه شده / درخواست شده** | **تعداد کوشش های اجرا شده** | **تعرفه هر کوشش** | **هزینه خدمات** |
|  |  |  | **........................... ریال** |
|  |  |  | **......................... ریال** |
|  |  |  | **........................... ریال** |
| **هزینه اجرای آزمون توسط اپراتور آزمایشگاه** | **مدت زمان :** | **تعرفه پایه : ......... به ازای هر ساعت** | **............................ ریال** |
| **هزینه خدمات آزمایشگاهی ارائه شده / درخواست شده** | | **................................ ریال** | |

**سایر موارد : .................................................................................................................................................................................................... تاریخ** نام و امضای اپراتور / کارشناس آزمایشگاه

1. **این قسمت توسط مسئول پذیرش آزمایشگاه تکمیل می‌شود:**

**مبلغ و نحوه پرداخت**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سهم شبکه راهبردی** | **سهم گرنت تحصیلات تکمیلی استاد** | **سهم گرنت بن کارت استاد** | **واریز نقدی توسط کارتخوان** | **جمع مبلغ (ریال)** |
|  |  |  |  |  |  |

**نام و امضای مسئول پذیرش و تسویه تاریخ**