|  |  |
| --- | --- |
| **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 الکترومیووگرافی، شتابسنج و گونیامتر با دستگاه الکترومیوگرافی بایومتریک**

**Electromyography (EMG), Goniometer, Accelerometer**

**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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMG Test** | |
| Muscles (Left, Right, Both): | |
| Movement: | |
| Analogue Sampling: 2000sps 1000sps 500sps | |
| Reps: | Units: mV µV |

|  |
| --- |
| **Goniometer Test** |
| Join (Left, Right, Both): |
| Movement: |
| Analogue Sampling: 1000sps 500sps 250sps 100sps |
| Reps: |

|  |
| --- |
| **Accelerometer Test** |
| Anatomical Segment (Left, Right, Both): |
| Movement: |
| Analogue Sampling: 2000sps 1000sps 500sps 200sps |
| Reps: |

**نکات مهم:**

* درصورت تغییر درخواست، لازم است مجدد درخواست گردد.
* لازم به ذکر است هرگونه درخواست خارج از این برگه قابل پذیرش نمی‌باشد.
* لطفا یک روز بعد از ارسال فرم، به ایمیل sportlab@shirazu.ac.ir، با دفتر آزمایشگاه انسانی جهت هماهنگی روز و ساعت انجام آزمون و انجام 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**