|  |  |
| --- | --- |
|  | **ABDULLAH GÜL ÜNİVERSİTESİ**  MERKEZİ ARAŞTIRMA LABORATUVARI  Barbaros Mah, Erkilet Blv, Sümer Kampüs, 38080 Kocasinan, Kayseri Tel: 0352 224 88 00 e-posta: merlab@agu.edu.tr  http://merlab.agu.edu.tr/ |
| **CİHAZ KULLANIM EĞİTİMİ TALEP FORMU** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kullanım Eğitimi Talep Edilen Cihazın Adı,**  **Marka/Modeli:** |  |
| **Kullanım Eğitimi Talep Eden Öğrenci/Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:**  **Numarası: (Sadece öğrenciler için)** |  |

Yukarıda ismi/marka/modeli belirtilen cihaz ile ilgili…………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

deneylerini gerçekleştirmek amacıyla cihaz kullanım eğitimi talep ediyorum.

Eğitim sonunda cihazı kullanabilmem için gerekli şartları sağladığıma Merkezin yetkilileri tarafından karar verilmesi durumunda cihazı kendi başıma Merkez çalışma saatleri içerisinde (haftaiçi Pazartesi-Cuma, 09:00-17:00) ve Merkezin belirlediği kurallar çerçevesinde kullanma yetkisini ve cihazın bulunduğu ilgili laboratuvara giriş-çıkış yetkisini ilgili formla Merkeze başvuru yaparak ayrıca talep edeceğim.

|  |
| --- |
| Talep Edenin  Adı Soyadı:  Talep Tarihi:  İmza |
| Danışmanın  Adı Soyadı:  Tarihi:  İmza  (Formu dolduran lisans/lisansüstü öğrenci ise öğrencinin danışmanının da formu uygundur şeklinde imzalaması gerekmektedir. Öğrenci değil ise danışman ile ilgili olan bölüm silinecektir. |